

**RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD TIPO C, NIVEL DE ESTRÉS
PERCIBIDO Y SEXO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabajo de Investigación presentado por:

Miguel A. ESPAÑA GARCIA

Y

María A. PEÑALOZA LUGO

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

Gilberto ALDANA SIERRALTA

Caracas, Septiembre 2017

Agradecimientos

Deseo darle las gracias a mi casa de estudios, la Universidad Católica Andrés Bello, por haberme brindado años grandiosos de mi vida, en donde pude crecer como persona, aportando estrategias que me ayudaran en mi vida profesional, pero sobre todo al conocer grandes personas, amistades, profesores y gente en quién confiar. Muchísimas gracias a mi compañera de tesis María Alejandra Peñaloza, por haberme acompañado incondicionalmente en este recorrido, por su paciencia y organización que me mantuvo orientado y motivado para alcanzar los objetivos. Gracias a mis queridas amigas Daniela Rey, Ana Atay, Maire Ustariz y Berenice Rivas, que sin ellas no habría podido realizar este trabajo; sus risas y afecto me contuvieron en mis momentos más difíciles. A mi gran amigo José Angel le agradezco enormemente, su apoyo durante la realización de este trabajo fue necesario para culminar, mostrando preocupación e interés por mi estado. También agradezco a Iraima Pérez, que me ofreció un espacio para guiarme y fortalecerme como profesional en este recorrido, su cariño no lo olvidare. Gracias a todos por haberme generado felicidad. Los quiero.

Miguel Alejandro España Garcia

Agradezco a Dios, por regalarme la vida, e iluminar cada paso que me permitió llegar hasta aquí, por darme fortaleza para seguir adelante y no desmayar. A mi padres, Zulay Lugo, Carlos Peñaloza y Lymer Trujillo, por ser mi mayor apoyo, por enseñarme a encarar las adversidades, por brindarme los recursos para estudiar, pero sobre todo por inculcar en mí la vocación de servicio, por ser mi ejemplo de compromiso, de trabajo bien hecho, y enseñarme que las cosas se logran con esfuerzo, este logro también es de ustedes. A mi abuelita, Josefina, donde quiera que estés gracias por tu infinito amor, por siempre creer en mí, por haber sido mi guía y mi inspiración para llevar a cabo este proyecto. A mi hermana Lyzú Trujillo, gracias por tu invaluable apoyo y compañía, agradezco a Dios por tu existencia, el camino no sería lo mismo sin ti. A mis grandes amigas, Hilda Rodríguez, Daniela Rey, Ana Atay, Maire Ustariz, Andrea Molina, quienes sin esperar nada a cambio me brindaron apoyo, muchas alegrías, y muy especialmente a mi compañero de tesis y amigo, Miguel España, por haber confiado en mí para emprender juntos el último reto para lograr nuestro título.

María Alejandra Peñaloza Lugo

Índice de Contenido

Resumen	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO.....	11
Cáncer.....	14
Incidencia del cáncer	16
Tratamientos utilizados	17
Estrés	18
Estrés y Cáncer	21
Personalidad.....	25
Controversias en relación al constructo de Personalidad tipo C.....	27
Relación entre el patrón de personalidad tipo C y el Cáncer.....	28
Modelos teóricos de la Personalidad tipo C	35
Personalidad tipo C y Estrés	37
MÉTODO.....	40
Problema de investigación.....	40
Hipótesis	40
Hipótesis general	40
Hipótesis específicas.....	40
Definición de variables.....	41
Sexo	41
Patrón de Personalidad tipo C	41
Nivel de Estrés Percibido	42
Variables a controlar	43
Tipo de investigación	44
Diseño de investigación.....	44
Diseño muestral.....	46
Población.....	46

Tipo de muestreo	46
Muestra.....	46
Instrumentos.....	47
Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC).....	47
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	49
Procedimiento	53
Consideraciones Éticas	55
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	56
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
CONCLUSIONES	78
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	89
Anexo A. Modificación de ítems de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y del Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC)	90
Anexo B. Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Personalidad tipo C	93
Anexo C. Análisis factorial del Cuestionario de Personalidad tipo C	95
Anexo D. Análisis de confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido	97
Anexo E. Análisis factorial de la Escala de Estrés Percibido	99
Anexo F. Análisis de la distribución de las variables Patrón de Personalidad tipo C y Nivel de Estrés Percibido	101
Anexo G. Análisis de linealidad de la relación entre las variables Patrón de Personalidad tipo C y Nivel de Estrés Percibido	103
Anexo H. Escala de recolección de datos sociodemográficos.....	105
Anexo I. Escala de Estrés Percibido (PSS-14).....	107
Anexo J. Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC).....	110

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz Rotada del Cuestionario de Personalidad Tipo C Utilizado en la Presente Investigación.....	58
Tabla 2. Correlaciones entre las Distintas Dimensiones del Cuestionario de Personalidad tipo C.....	59
Tabla 3. Matriz Rotada de la Escala de Estrés Percibido Utilizada en la Presente Investigación.....	60
Tabla 4. Correlaciones entre las Distintas Dimensiones de la Escala de Estrés Percibido.	61
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en el estudio.	62
Tabla 6. Descripción de los sujetos según el tipo de cáncer.	65
Tabla 7. Coeficiente de correlación de Pearson de la relación entre el Nivel de Estrés Percibido y el Patrón de Personalidad tipo C.	66

Resumen

La investigación pretende ver cómo es la relación entre el Patrón de Personalidad tipo C, el Nivel de Estrés Percibido y el Sexo en pacientes oncológicos del área Metropolitana de Caracas que asisten a consulta médica en instituciones públicas, de ambos sexos (59 mujeres y 41 hombres), con edades comprendidas de 20 a 75 años. Para comprobar las relaciones se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional, ya que se obtuvieron los datos en un momento único en el tiempo, además se buscó hallar la magnitud de la relación entre las variables de la investigación.

Los resultados arrojan que los pacientes presentan un promedio de valores en el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC), ubicándolos en niveles medios en la escala ($X=12,75$; $S=3,20$). Respecto al nivel de Estrés Percibido, obtuvieron un promedio de valores en la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) que los ubica en niveles medios de la escala ($X=35,61$; $S=5,96$). En relación a la variable Sexo, mediante la prueba t de student, se estableció que existen diferencias significativas al 5% entre hombres y mujeres con el patrón de personalidad tipo C, en donde los hombres puntúan más en dicha variable; sin embargo, no se consiguieron diferencias significativas en cuanto al nivel de estrés percibido. Por su parte, con un coeficiente de correlación de Pearson se verificó la relación entre el Nivel de Estrés Percibido y el Patrón de Personalidad tipo C, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($r=0.004$).

La muestra de pacientes oncológicos exhibieron características del patrón de personalidad tipo C, con una tendencia a la Represión Emocional, la Racionalidad y la Comprensión; especialmente los hombres, que manifestó tener más rasgos de dicha variable. En contraste, no se encontraron diferencias en el Nivel de Estrés Percibido al compararse con el Sexo, pero los pacientes si evidencian niveles moderados de Estrés Percibido. Por otro lado, se encontró que no existe relación entre el Nivel de Estrés Percibido y el Patrón de Personalidad tipo C, lo cual constituye un apoyo a la concepción de este último como un tipo de personalidad premórbida.

INTRODUCCIÓN

La relación entre aspectos psicológicos y el desarrollo de enfermedades es un tema que ha sido foco de interés en los últimos años. De ahí radica el hecho de que la investigación sobre la expresión de emociones y el bienestar para la salud integral sea, hoy en día, materia de interés (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009).

Actualmente, numerosos estudios han demostrado que entre los fenómenos emocionales y la enfermedad física no existe una brecha muy grande, de esta manera, los factores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las modalidades de reacción y en especial las características personales pueden desempeñar un papel esencial en la etiología, curso y pronóstico de estos padecimientos (Hildalgo, 2005).

Dentro de las enfermedades investigadas, el Cáncer ha sido una de las más estudiadas, entendiéndose como una enfermedad caracterizada por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden, sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007). En relación a su etiología, el Cáncer constituye una patología compleja que surge de la interacción de variables biológicas, ambientales y psicológicas, es decir, constituye una enfermedad multicausal.

De esta forma, la patología oncológica tiene grandes repercusiones a nivel mundial. El Informe Mundial Sobre el Cáncer (IARCE; citado en OMS, 2015) afirma que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el Cáncer.

En el caso de Venezuela, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013), a través del Anuario de Mortalidad en Venezuela de 2013, reporta que el Cáncer es una de las principales causas de muerte en el país, ocupando el segundo lugar con un porcentaje de 15,42% de mortalidad diagnosticada. Tal como plantea Capote (2006), en

Venezuela “una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por Cáncer” (para. 3). Lo anterior demuestra que dicha enfermedad constituye un factor de riesgo importante en el país, así como un problema de salud predominante en la población.

El estudio de la patología oncológica es abordado por múltiples disciplinas, las cuales según su objeto de estudio específico centran su interés en mayor o menor medida en una variable concreta, así como en las conexiones que puedan establecerse con los restantes factores (Cardenal, 2001). De este modo, el presente estudio se ubica dentro del área de la psicología de la salud.

La psicología de la salud es una rama de la psicología, la cual partiendo del modelo biopsicosocial considera que la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar y mantener en el tiempo la enfermedad (Bear, 2006).

Concretamente, el presente estudio se enmarca dentro de la subcategoría de la Psicología de la Salud denominada psicooncología, la cual tiene como objetivo “la aplicación de la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación” (Arbizu, 2000, p. 174).

En virtud de lo anterior, en la literatura consultada se ha encontrado una diversidad de variables que se relacionan con el tema de la patología oncológica, algunas de ellas son el Nivel de Estrés Percibido, el Patrón de Personalidad tipo C y el Sexo. Respecto al Nivel de Estrés Percibido, autores como Anisman y Zacharko (citado en Viollaz, 2004) plantean que las situaciones constantes de estrés suprimen la actividad del sistema inmune y dejan a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a infecciones y enfermedades.

En cuanto a la relación entre la patología oncológica y el patrón de personalidad tipo C, el cáncer se ha asociado a una personalidad precancerosa, la cual se caracteriza por la inhibición emocional, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, estoicismo, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. (Graham; citado en Viollaz, 2004).

Lo anterior es demostrado por autores como Greer y Watson en el año 1985, los cuales proponen un modelo psicobiológico que refleja un patrón de respuesta psicológica característico de personas con cáncer, en donde la supresión de la emoción parece tener concomitantes biológicos particulares, como el incremento de la excitación autonómica y de las respuestas endocrinas e inmunológicas durante el estrés (Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero, 2006). Sus afirmaciones se basan en estudios realizados por Pettingale (1985), mostrando que hay una asociación entre los niveles de IgA y la tendencia a suprimir el enojo en un grupo de pacientes con tumores de mama benignos y malignos.

También se ha encontrado que dicho patrón de personalidad es entendido como un estilo de afrontamiento que desarrolla el individuo frente a sucesos estresantes, caracterizado por ser cooperativo y tranquilo, poco asertivo, paciente, sumiso ante la autoridad y con tendencia a la inexpressión de emociones negativas, como la ira (Temoshok, 1987). Este estudio intenta seguir esta perspectiva, considerando la No Expresión Emocional, Racionalidad, Necesidad de Armonía y Comprensión como los componentes característicos del patrón de personalidad tipo C (López, Ramírez, Esteve y Anarte, 2002).

A partir de estos hallazgos, en el presente trabajo de investigación se pretende enmarcar, desde la perspectiva de la psicooncología, los procesos emocionales y cognitivos de los pacientes con cáncer. Considerando este enfoque, se espera indagar sobre la relación que existe entre las variables Patrón de Personalidad tipo C, el Nivel de Estrés Percibido y el Sexo en la Patología Oncológica, utilizando para tal fin una muestra de 100 pacientes oncológicos, de ambos sexos, consultantes de varios centros de

atención médica del área Metropolitana de Caracas, Venezuela, con edades comprendidas entre 20 y 75 años de edad.

Debido a que el cáncer es una enfermedad multifactorial, al plantear la relación entre las variables de interés, se pretende complementar la visión que actualmente se mantiene acerca de la patología oncológica. Lo anterior constituye la relevancia de la presente investigación. Concretamente, el objetivo de este trabajo radica en evaluar si variables como el sexo (hombre o mujer), Nivel de Estrés Percibido y Patrón de Personalidad tipo C, guardan relación con la presencia del Cáncer.

MARCO TEÓRICO

Existen diversas formas de concebir la enfermedad, una puede estar orientada desde la perspectiva psicológica y otra desde la biomédica. El modelo psicológico de la enfermedad resulta diferente al modelo biomédico, el cual se focaliza en la estructura bioquímica, inmunológica, fisiológica y genética como causa de la enfermedad. No obstante, desde este modelo, la enfermedad no sólo es producto de una alteración estructural, ya que también considera el impacto o repercusión que dicha enfermedad genera en el seno familiar del paciente oncológico (Viollaz, 2004).

Otra alternativa es el modelo psicosomático como intento de unir la brecha entre el modelo psicológico y biomédico. Este sostiene la introducción de las variables de personalidad y los conflictos psicológicos dentro del estudio de las enfermedades físicas (Viollaz, 2004).

El desarrollo de la medicina psicosomática surgió como un enfoque médico que se oponía a la tradición dualista sobre el ser humano (la mente y el cuerpo separados), proponiendo en su lugar, la idea de inseparabilidad entre dichos conceptos (Hidalgo, 2005).

El término psicosomático, no debería ser utilizado para implicar causalidad, sino para referirse a relaciones recíprocas entre los factores implicados en el desarrollo y curso de todas las enfermedades, señala Lipowsky (citado en Hidalgo, 2005).

Al referirse al enfoque psicosomático, resulta necesario considerar las estructuras biológicas que interrelacionan las diferentes áreas de expresión del cuerpo, las cuales posibilitan manifestaciones psicosomáticas normales y/o patológicas (Hidalgo, 2005)

En virtud de lo anterior, surge la consideración de los denominados Corredores Biológicos, los cuales son mecanismos que interrelacionan las distintas áreas de expresión del organismo. El empleo del término Corredor trata de ofrecer una idea de lo que es un proceso dinámico de comunicación y la palabra Biológico se utiliza para

destacar las estructuras anatómicas y funcionales involucradas, entre ellas: (a) Sistema Nervioso Autónomo, (b) Sistema Endocrino, (c) Sistema Inmunitario, y (d) Herencia. Sobre dichos sistemas los estímulos emocionales pueden influir y alterar su funcionamiento (Hidalgo, 2005).

De esta manera, para explicar la influencia de la psiquis sobre las funciones vegetativas es necesario considerar que estas se encuentran controladas por el hipotálamo, un centro nervioso superior que regula actividades de la vida emocional, el cual se relaciona con la corteza cerebral, convirtiéndose en eslabón modulador de las funciones del sistema autónomo, endocrino e inmunitario (Hidalgo, 2005).

Respecto al sistema inmunitario, su función principal es identificar y eliminar sustancias extrañas (antígenos) que entran en contacto con el organismo mediante células denominadas glóbulos blancos. Desde hace varios años se ha venido constatando que las variables de tipo psicosocial, específicamente los estados emocionales negativos, son capaces de modificar la función inmunológica (Hidalgo, 2005).

En relación al sistema endocrino, los estímulos psíquicos son capaces de generar influencia sobre este, tal es el caso de las alteraciones del ciclo menstrual las cuales se pueden producir por situaciones emocionales capaces de alterar la liberación de hormonas produciendo cambios en situaciones de estrés o disgusto (Hidalgo, 2005).

Por otro lado, Hidalgo (2005) señala que mediante la publicación del DSM-IV, se establecen seis tipos de factores psicológicos capaces de influir sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico, a saber: (a) Trastornos Mentales o de personalidad, que pueden afectar al curso o tratamiento de una condición médica general; (b) Síntomas Psicológicos: síntomas que sin constituir un trastorno, afectan el curso o tratamiento de la condición médica general; (c) Rasgos de Personalidad o Estilos de Afrontamiento: el rasgo de hostilidad o un estilo de afrontamiento represor pueden constituir un factor de riesgo para una enfermedad física; (d) Conductas desadaptativas relacionadas con la salud: consumo de sustancias o prácticas sexuales poco seguras, etc; (e) Respuestas Fisiológicas asociadas al Estrés: son capaces de afectar el curso y tratamiento de la

condición médica; y (f) Factores no especificados como las condiciones sociodemográficas, culturales o interpersonales.

Por su parte, el modelo integrativo o biopsicosocial sostiene que la salud no puede ser definida en términos absolutos como la ausencia de enfermedad, sino como una buena adaptación psicobiológica al ambiente. La enfermedad puede ser consecuencia de la inhabilidad de la persona para adaptarse a las situaciones ambientales diversas, o el resultado de la discrepancia entre sus capacidades adaptativas y las demandas. Las necesidades planteadas en este modelo pretende integrar, desde un mismo marco teórico, las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales acerca del enfermar humano (Viollaz, 2004).

De la consideración multifactorial de la enfermedad se desprende que el estudio de la patología oncológica es abordado por múltiples disciplinas, las cuales según su objeto de estudio específico centran su interés en mayor o menor medida en una variable concreta, así como en las conexiones que puedan establecerse con los restantes factores (Cardenal, 2001). De este modo, el presente estudio se ubica dentro del área de la psicología de la salud.

La psicología de la salud se ubica en la división 38 dentro de la clasificación de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2015). Dicha área tiene como propósito lo siguiente:

Contribuir en los avances de la psicología a la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación, actividades de educación y de servicios básicos y clínicos, así como fomentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad, con el conocimiento psicológico actual (para.1).

En concreto, el presente estudio se enmarca dentro de la subcategoría denominada psicooncología, debido a que la misma constituye una subárea dentro de la psicología que tiene como objetivo “la aplicación de la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e

investigación” (Arbizu, 2000, p. 174). Es a partir de estos enfoques donde resulta posible abordar los procesos emocionales y cognitivos de los pacientes con cáncer.

Asimismo, es la psicooncología el área encargada de aplicar los conocimientos provenientes de la psicología a la patología del cáncer (aparición, desarrollo y recuperación). Es decir, el área de la psicooncología permite abordar la patología oncológica desde una perspectiva diferente, considerando factores de carácter individual como el patrón de personalidad, los hábitos de vida, la percepción que tiene la persona acerca de la enfermedad, nivel de estrés que experimenta el sujeto, entre otras, las cuales pueden estar relacionadas con la presencia de la patología oncológica.

Cáncer

El cáncer es una patología compleja que surge de la interacción de variables biológicas, ambientales y psicológicas, es decir, constituye una enfermedad multicausal, la cual es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) como un “término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo” (para. 1). Además, dicha organización plantea que la principal característica de esta enfermedad es la rápida multiplicación de células anormales que sobrepasan los límites habituales y se propagan hacia otras partes del cuerpo y órganos, afectando su funcionamiento.

Por otro lado, el cáncer ha sido descrito por Gaviria et al. (2007) como una enfermedad caracterizada por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden, sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que controlan otras células. De este modo, el crecimiento ilimitado de las células tumorales hace que el cáncer sea capaz de destruir a la persona, dañando órganos y procesos fisiológicos, o bien utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones (Gaviria et al., 2007).

En relación a la etiología del cáncer, De Jongh (2007) plantea que las células normales se lesionan por factores externos llamados carcinógenos, entre los cuales se encuentran: el consumo de drogas, cigarrillos y otras toxinas ambientales, así como la exposición a radiaciones. Por su parte, Torres (2006) plantea otros factores como los hereditarios (historia familiar) y genéticos (gen BRCA1 o BRCA2) y del desarrollo físico. Esto revela que el cáncer está asociado a diversos factores de riesgo, como los antecedentes personales, factores genéticos, factores hormonales y enzimáticos, incluyendo la exposición a ambientes perjudiciales para la persona; a su vez, no hay que ignorar los aspectos comportamentales y de personalidad presentes, ya que la enfermedad depende de una compleja interacción de factores, demostrando su carácter multicausal.

En el cáncer existen dos tipos de tumores: benignos o no cancerosos y malignos o cancerosos. Los benignos tienen como características principales que sólo crecen hasta un determinado tamaño, no destruyen células normales, no se propagan al tejido que los rodea, no producen efectos secundarios graves y generalmente crecen de una manera ordenada. Por su parte, los tumores malignos se caracterizan por invadir progresivamente tejidos y órganos cercanos, pudiendo provocar la muerte del organismo al alcanzar y dañar aquellos tejidos y órganos vitales, impidiendo su funcionamiento (Viollaz, 2004).

Además, las células cancerígenas atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse, teniendo un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo. Asimismo, los tumores cancerígenos se pueden clasificar según su composición celular, histológicamente, en carcinomas (son los más comunes), sarcomas, linfomas y leucemias, así como por estadios según la evolución de la enfermedad (Viollaz, 2004).

De este modo, la patología oncológica ocurre a través de un proceso que se denomina historia natural del cáncer, el cual va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final (Asociación Española Contra el Cáncer[AECC], 2016).

Por lo tanto, el crecimiento tumoral viene dado por cuatro fases: (1) Fase de inducción, caracterizada por la multiplicación descontrolada de las células y su capacidad de invasión, la cual es asintomática; (2) Fase in situ, donde existe una lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido, que puede durar entre 5 y 10 años dependiendo del tipo de cáncer, siendo asintomática; (3) Fase de invasión local, la lesión se extiende fuera de su localización de origen e invade tejidos y órganos adyacentes, apareciendo los síntomas; y por último, (4) la Fase de invasión a distancia, aquí la lesión se disemina fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia, denominadas metástasis (AECC, 2016).

Incidencia del cáncer

La patología oncológica tiene grandes repercusiones a nivel mundial. El Informe Mundial sobre el cáncer (IARCE; citado en OMS, 2015) afirma que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.

Adicionalmente, con base en datos de muertes de 2008 a 2012, el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (INC, 2015) plantea que la mortalidad por cáncer es más alta en hombres que en mujeres, representando una muerte de 207,9 por cada 100 000 hombres y 145,4 por cada 100 000 mujeres. Esta mortalidad es más alta en hombres afroamericanos y más baja en mujeres asiáticas y nativas de las islas del Pacífico.

Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012), a través del Anuario de Mortalidad en Venezuela, reporta que el cáncer es una de las principales causas de muerte en el país, ocupando el segundo lugar con un porcentaje de 15,41% de mortalidad diagnosticada. Tal como plantea Capote (2006), en Venezuela “una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer” (para. 3). Lo anterior demuestra que dicha enfermedad constituye un factor de riesgo importante en el país, así como un problema de salud predominante en la población.

Tratamientos utilizados

Existen diversos tratamientos para la intervención del cáncer, de los cuales Ginés, Fernández y Rifa (2007) mencionan los siguientes: (a) la quimioterapia, supone un tratamiento que consiste en la eliminación de las células malignas; (b) la radioterapia, consiste en la utilización de radiación, logrando con esto detener la multiplicación de las células malignas; (c) la inmunoterapia, la cual consiste en un tratamiento en el que se emplean drogas que estimulan el sistema inmunológico para que ayude a combatir la enfermedad; (d) la terapia hormonal, consiste en un tratamiento en el cual los pacientes pueden ser tratados con medicamentos o pueden someterse a una cirugía en la cual se extirpa el órgano que produce las hormonas; y (e) el tratamiento quirúrgico, el cual consiste en remover la masa donde se localiza el tumor canceroso.

El diagnóstico del cáncer genera un gran impacto en la vida de los sujetos; ante esta situación la intervención psicológica juega un papel importante, específicamente desde la psicooncología. Según Gondón (citado en Monreal, 2011) “la asistencia psicooncológica se basa en ofrecer atención psicológica al paciente oncológico y a su familia para identificar las posibles angustias y preocupaciones que conlleva la nueva situación” (para. 2). Por lo tanto, la intervención desde la psicooncología se centra en tres funciones básicas: (a) paliar el impacto emocional que desencadena un diagnóstico de cáncer; (b) facilitar la adaptación del paciente a la enfermedad; y (c) mitigar los efectos secundarios de los tratamientos biomédicos, por ejemplo: condicionamiento a los vómitos debidos a la quimioterapia o la adaptación a la nueva imagen después de una mastectomía (Monreal, 2011).

Existe una serie de fases que se desarrollan en la vida de una persona cuando es diagnosticada con cáncer, la primera es antes del diagnóstico, implicando el conocimiento que maneja el sujeto sobre la enfermedad y posibles referencias de familiares que hayan padecido de la misma; la segunda se caracteriza por la comunicación e identificación del diagnóstico, asociada al rechazo de la condición y acompañada de sentimientos de tristeza, culpa y desesperanza, así como vergüenza por

padecerla, tendiendo a aislarse de los demás, y por último, la aceptación de la enfermedad, la cual involucra procesos racionales que le permiten a la persona reconocerla, afrontarla y sobrevivir a ella, estos aspectos van a depender de características particulares como la personalidad, el entorno familiar, el tipo de cáncer y los tratamientos médicos y psicológicos empleados (Kaufman, 1989).

Es por ello que una enfermedad crónica como el cáncer resulta difícil de controlar y son múltiples las causas que parecen estar asociadas a dicha enfermedad, entre ellas, el estilo de vida, las variables biomédicas, el estrés emocional y la personalidad.

Con base en lo anterior, en el presente trabajo, se abordará la patología oncológica desde el modelo biopsicosocial. Puesto que se considerará la etiología y desarrollo del cáncer como multicausal, teniendo en cuenta la interacción de variables intraindividuales como el patrón de personalidad tipo C, nivel de estrés y sexo. A la vez que se reconoce la influencia que los factores biológicos pueden ejercer sobre el desarrollo de la enfermedad.

Estrés

Existen diferentes enfoques y definiciones relacionadas con el estrés, en este sentido puede ser considerado como: (a) un estímulo; (b) una respuesta; y (c) como las relaciones entre estímulo-respuesta, es decir, una interacción entre el sujeto y su entorno (Jex, Beehr y Roberts, 1992).

Según Omar (1995) el estrés como un estímulo centra su atención en cualquier evento o fuerza externa sobre un objeto o una persona, que puede incluir situaciones estresantes como un conflicto o peligro de accidentes. Asimismo el autor plantea que es una situación en donde el sujeto responde a los estresores del entorno, evidenciando una reacción del organismo ya sea psicológica, sociológica o comportamental.

Finalmente, como señala Omar (1995) se define como una relación estímulo respuesta, haciendo referencia a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo, en donde las personas responden de diferentes maneras frente a eventos amenazantes de la vida cotidiana.

Por tanto, se entiende estrés como “transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe o evalúa como amenazantes” (Omar, 1995, p. 19). Esta definición se encuentra enmarcada bajo la teoría transaccional del estrés desarrollada por Lazarus y Folkman, la cual plantea que la respuesta de estrés se debe a condiciones tanto internas como externas de la persona, siendo la relación entre dichas condiciones, la que genera su aparición, así como las características individuales (González y Landero, 2006).

La relación entre la evaluación de las condiciones internas y externas que realizan las personas, es expuesto por Ospina y Quevedo (2008) planteando que la percepción de la naturaleza amenazante de un estímulo y la respuesta fisiológica del estrés es independiente de si dicho estímulo es peligroso o no para el sujeto, todo depende de una valoración o evaluación de la propia persona. Para dar cuenta de esto, Lazarus y Folkman (citado en González y Landero, 2006), en su modelo transaccional del estrés, proponen que estará mediado por dicha condición, es decir, incluye una evaluación cognitiva para explicar las diferencias individuales en cuanto al grado y tipo de respuesta de los sujetos frente a algunos acontecimientos.

Por lo tanto, el modelo de Lazarus define el estrés como un sistema que incluye la evaluación y afrontamiento, que median la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuesta psicológica ante algún acontecimiento; dichas evaluaciones y estrategias empleadas son influidas por las creencias y las expectativas de las personas, de modo que enfatiza un papel más activo del individuo frente a los procesos de estrés, involucrando la interacción de características personales y ambientales (González y Landero, 2006).

Además, como señala Omar (1995), las reacciones individuales al estrés están organizadas generalmente como actos de estrategias complejas para hacer frente a situaciones estresantes, y pueden ser definidas “como la capacidad adaptativa individual, constituyendo un factor de potencial importancia en la relación estrés, salud y enfermedad” (p. 61). En cuanto a sus efectos Sandín (2003) sugiere que depende de distintas circunstancias: (a) la percepción del estresor, (b) la capacidad del individuo para controlar la situación, (c) la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas, y (d) de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad.

De este modo, el estrés debe ser considerado como un proceso que involucre componentes de evaluación cognitiva, respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento y factores mediadores personales y sociales, de modo que englobe un sistema de interrelación entre dichos componentes bajo los que está sujeto la persona, también llamado modelo procesual del estrés (Sandín; citado en González y Landero, 2006).

El estrés genera en el individuo una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas, generalmente se trata de disfunciones que son potencialmente peligrosas afectando a la práctica totalidad de órganos de la anatomía del individuo (Comín, de la Fuente y Gracia, 2003).

En virtud de lo anterior, Comín, de la Fuente y Gracia, (2003) plantean que entre las alteraciones físicas que surgen como consecuencia del estrés se encuentran: alteraciones digestivas (colon irritable, úlcera de estómago, aerofagia, etc); alteraciones respiratorias (disnea, asma psicógena, hiperventilación, etc); alteraciones sexuales (impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, etc); alteraciones dermatológicas (dermatitis atípica, prurito, etc); alteraciones cardiovasculares (taquicardia, angina de pecho, etc); alteraciones inmunológicas (infecciones frecuentes, herpes, etc); alteraciones mentales (insomnio, ansiedad, cambios de humor, etc).

Por su parte, entre las alteraciones psicológicas que puede desencadenar el estrés se encuentran la preocupación excesiva, la falta de concentración, bloqueos mentales, incapacidad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, sensación de falta de control, miedos, trastornos de alimentación, entre otras; dichas alteraciones a su vez podrían dar lugar a manifestaciones conductuales tales como conductas impulsivas, comer excesivamente, temblores, entre otras (Comín, de la Fuente y Gracia, 2003). Del mismo modo, Salgado-Madrid, Mo-Carrascal y Monterrosa-Castro (2003) plantea que estudios epidemiológicos y sociales han demostrado que niveles altos de estrés guardan relación con mayor morbilidad y mortalidad, ya sea por trastornos mentales, accidentes, violencia, cáncer, infecciones o enfermedades cardiovasculares.

Estrés y Cáncer

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta qué punto determinadas características de personalidad y estados emocionales en combinación con factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer (Viollaz, 2004).

Debido a que el cerebro ejerce efectos sobre el funcionamiento del sistema inmunológico que se encarga de combatir enfermedades, entre ellas el cáncer, una experiencia emocional podría llevar a una disfuncionalidad de este sistema, y por lo tanto aumentar el riesgo de contraer cierto tipo de cáncer (Viollaz, 2004).

El cáncer es una de las enfermedades donde la experiencia personal puede influir en su desarrollo, particularmente en el caso de experiencias estresantes. Por tanto, las situaciones constantes de estrés suprimen la actividad del sistema inmune y dejan a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a infecciones y enfermedades, incluyendo el desarrollo de cierto tipo de tumores (Anisman y Zacharko; citado en Viollaz, 2004). Este aspecto es sustentado por Arbizu (2000), planteando lo siguiente:

Las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal. Una de las funciones del sistema inmunológico es la defensa contra el cáncer, la cual sólo es posible si cuenta con la capacidad de reconocer estas células precursoras anormales y eliminarlas, para evitar que el tumor pueda desarrollarse. Esta función de acuerdo a este estudio la realizan unas células llamadas NK (natural killer) que ejercen un mecanismo de destrucción tumoral (p. 175).

En los últimos años, se han llevado a cabo investigaciones de campo acerca de la relación entre estrés y cáncer. En este sentido, Thomas (citado en Viollaz, 2004) a partir de un estudio prospectivo con estudiantes de medicina, encontró datos que sugieren que el cáncer tiende a presentarse en individuos opacados, no agresivos e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones, constituyendo estos factores estresores para la persona.

Asimismo, Garay, Moysen, Esteban, Balcázar y Gurrola (2012) realizaron un estudio relacional con el objetivo de conocer los niveles de estrés en pacientes con cáncer y, de acuerdo a la salud emocional de estos, se planean intervenciones psicológicas adecuadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En cuanto a la muestra, estuvo constituida por 86 pacientes oncológicos que acuden a tratamiento, de ambos sexos, con un rango de edad entre 18 y 85 años. Para recolectar la información para medir estrés se empleó la Escala de Acontecimientos Productores de Estrés de Carballo (1994) que evalúa los niveles de percepción de acontecimientos productores de estrés.

Con respecto al análisis de resultados, se obtuvieron estadísticos descriptivos de frecuencia para el nivel de estrés en los pacientes, así como medias y puntuaciones T para valorar la significancia. Encontrándose que el 64% de los pacientes presentan estrés de niveles medio a alto, incluyendo diferencias significativas en cuanto a la variable sexo, edad y escolaridad; presentando medias más altas de estrés las mujeres, los sujetos con menor edad y aquellos con menor escolaridad.

De acuerdo a los resultados encontrados, se observa que el cáncer sí está asociado al estrés psicológico, ya que es una enfermedad que involucra cambios de apariencia física y la capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercuten directamente en su estado emocional, lo cual puede ser una fuente de estrés (Garay et al., 2012). Además, se encontró que las mujeres pacientes son más vulnerables al estrés, ya que está asociado a los roles de género que estas ejercen, como el cuidado y atención de la familia y la pareja, siendo incapaces de mantener dicho rol bajo un proceso de hospitalización, así como el dolor y la posible desfiguración que trae consigo esta enfermedad (Cooper; citado en Garay et al., 2012).

Asimismo, se observó que los pacientes de género masculino se estresan más a partir de un componente económico, es decir, la enfermedad genera un cambio en la vida de estos mediante la reducción económica, sintiéndose incapaces de ser el sostén de la familia (Garay et al. 2012). También se encontró que a menor edad (18 a 40 años) hay mayores niveles de estrés en los pacientes, lo cual puede deberse a la alta incidencia actual de esta enfermedad en edades más tempranas, siendo un problema de salud que afecta principalmente a mujeres cada vez más jóvenes y en edad reproductiva (Waggoner, 2003).

Del mismo modo, se encontró que a menor escolaridad de los pacientes, mayores niveles de estrés; por lo tanto, existe una estrecha relación entre la falta de conocimientos y cultura de la población con la incidencia del cáncer, lo cual impide la preocupación por la realización del autoexamen y examen clínico, aspectos fundamentales para la captación precoz y, por ende, menores habilidades para aceptar y manejar la enfermedad (Garay et al., 2012).

Un estudio comparativo realizado por González y Landero (2008) evidencia la diferencia del sexo en la percepción y manejo de situaciones estresantes, teniendo como objetivo realizar un análisis comparativo entre hombres y mujeres, a través del modelo explicativo del estrés y síntomas psicósomáticos basado en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) y el modelo procesual del estrés de Sandín (1995).

Para ello seleccionaron una muestra de 2140 estudiantes universitarios, en donde utilizaron los siguientes instrumentos: (a) el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ) que evalúa la intensidad o gravedad de los síntomas psicósomáticos; (b) la Escala de Estrés Percibido (PSS); (c) la Escala de Cansancio Emocional (ECE); (d) el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) que mide siete formas de afrontamiento; (e) el Cuestionario Duke-UNC que evalúa el apoyo social percibido; (f) la Escala de Autoeficacia Generalizada; y (g) la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR). Se trabajó con modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para analizar los resultados, utilizando el sexo como variable moderadora a través de análisis multigrupo, y estadísticos descriptivos de Chi cuadrado para comparar los modelos. A su vez, se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para encontrar diferencias entre hombres y mujeres en función de las variables del estudio.

Los resultados demuestran que la variable sexo no tiene un efecto moderador en el modelo estructural, es decir, los pesos de regresión del modelo son equivalentes en ambos grupos, pues el cambio de Chi cuadrado no es significativo ($p=.105$), al pasar del modelo sin restricciones al modelo con restricciones en los pesos de regresión. También se encontró que las mujeres presentan puntajes más altos en síntomas y en apoyo social, y los hombres en autoeficacia.

A pesar de que el análisis multigrupo indicó que la variable sexo no es moderadora en el modelo estructural, se encontraron diferencias en algunas variables al compararlas por sexo, en especial con el estrés; dando como resultado diferencias significativas ($p=.039$) entre hombres y mujeres a través de un contraste unilateral, en donde las mujeres presentan niveles más altos de estrés que los hombres, así como mayores síntomas psicósomáticos.

Por lo tanto, el estrés es una variable de interés para el presente estudio, ya que genera un estado de desequilibrio en el organismo, afectando el sistema inmunológico de la persona, dejándola más vulnerable a desarrollar una patología neoplásica. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, las situaciones constantes de estrés pueden depender de la valoración personal y las creencias que un individuo posea, demostrando

que es un proceso de interacción entre la percepción de un estímulo amenazante y factores de tipo personal y social, lo cual puede generar distintas respuestas fisiológicas, patrones de conducta o modos de afrontamiento ante la enfermedad oncológica.

Personalidad

Pervin (1998) define como personalidad:

La organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como la experiencia (aprendizaje). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos, así como las construcciones del presente y anticipaciones (expectativas) del futuro (p. 44).

Con base en lo anterior, Valdés (citado en Torres, 2006) define los patrones de conducta como “un conjunto de actitudes y comportamientos que tienen unidad funcional y determinan el estilo de interacción del sujeto con su entorno hasta el punto de configurar una manera de ser” (p. 565). Esto es importante, ya que el estudio de los patrones de conducta ha generado nuevas oportunidades para la prevención e intervención terapéutica y ha demostrado el peso que tienen las variables psicológicas en la codeterminación de las enfermedades médicas (Viollaz, 2004).

Teóricos como Temoshok y Dreher (citados en Andreu, 1998) apuestan por la existencia de un continuo de estilos de afrontamiento, que están asociados a patrones de conducta, donde hay dos polos extremos, denominados tipo A y C, y en el centro del continuo se ubica el tipo B. Por lo tanto, el patrón de conducta tipo C se considera como la imagen especular del patrón de conducta tipo A.

El patrón de personalidad tipo A presenta como características psicológicas la hiperactividad, rapidez, impaciencia, hostilidad y competitividad. Asimismo, sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser problemáticas, producto de la dominancia, tensión y agresividad que presentan estos sujetos. Es por ello que se asocia con problemáticas cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, entre otras. Por su parte, el patrón tipo B, se caracteriza por la atención a la satisfacción y bienestar personal, la confianza, tranquilidad y relajación. Por tanto, sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser relajadas, con expresión abierta de sus emociones incluyendo la hostilidad. Por último, el patrón tipo C, se caracteriza por la cooperación extrema, pasividad, ausencia de asertividad, apacibilidad y conformismo, con relaciones interpersonales basadas en la sumisión, deseo de agradar y control de la expresión de la hostilidad, tristeza y ansiedad (Viollaz, 2004).

Es importante resaltar que ningún estilo es en sí patológico, son modos saludables de afrontamiento, el problema está cuando el tipo A y C son distorsionados o excesivos. Una conducta tipo A extrema puede conllevar a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y una tipo C extrema supondría un mayor riesgo neoplásico o de cáncer, la tipo B supondría la ausencia de ambos trastornos (Andreu, 1998; Viollaz, 2004).

En 1980, Morris y Greer acuñan por primera vez la expresión de Personalidad tipo C, debido a que los autores se preguntaron por la posible existencia de una personalidad propensa al cáncer, utilizando este término para referirse a aquellas personas que muestran una inadecuada expresión emocional, especialmente ante situaciones estresantes, en donde los mismos la contienen o suprimen (Andreu, 1998). Dicha personalidad tipo C ha sido asociada con una mayor probabilidad de presentar enfermedades neoplásicas y un peor pronóstico en su evolución. Entre las características definitorias de dicho patrón de personalidad tipo C, Temoshok (1985) plantea los siguientes rasgos de personalidad: (a) estilo verbal pasivo, blando y cooperativo, (b) actitud de resignación y sumisión, (c) bloqueo o contención expresiva de las emociones, (d) no asertividad y supresión de las manifestaciones hostiles.

Controversias en relación al constructo de Personalidad tipo C

Una de las críticas que ha recibido el constructo de Patrón de Personalidad tipo C “en relación a su contribución a la patología cancerosa ha sido su molaridad, es decir, por estar constituido de un amplio número de características psicológicas” (Fernández-Ballesteros, 1997, p. 451). Producto de estas controversias, autores como López et al. (2002) hicieron un estudio factorial confirmatorio para verificar cuáles dimensiones se ajustaban al patrón de personalidad tipo C y hallaron que el constructo está compuesto por las siguientes: (a) Control Emocional: grado en que los individuos usan la razón y la lógica para evitar emociones socialmente negativas; (b) Racionalidad: uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo; (c) Represión Emocional: se refiere a la inhibición de la expresión de emociones socialmente negativas; (d) Necesidad de Armonía: inclinación del individuo a velar por el equilibrio en sus relaciones interpersonales; y (e) Comprensión: grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Sin embargo, estudios relacionales posteriores a través de un análisis factorial confirmatorio de estos mismos autores, encontraron que el constructo Patrón de Personalidad tipo C está compuesto por tres dimensiones, a saber: (a) Control Emocional, (b) Represión Emocional; y (c) Comprensión. Dicho modelo presenta un ajuste perfecto, es decir, logra una mayor precisión en cuanto a las dimensiones que componen el Patrón de Personalidad tipo C. Estos resultados fueron confirmados en hallazgos obtenidos por Torres (2006), para comprobar la relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama, planteando que dicho patrón está conformado por los factores de Represión Emocional, Control Emocional y Comprensión. De esta manera, producto de estos resultados, en el presente estudio se considerarán como dimensiones del constructo Patrón de Personalidad tipo C, la Comprensión Emocional, la Represión Emocional y el Control Emocional; debido a la precisión que presenta dicho modelo en la investigación de López et al. (2002) y a la evidencia empírica citada anteriormente.

Además, existen controversias en relación a la forma de concebir el constructo de Personalidad tipo C, puesto que algunos autores lo consideran como un tipo de personalidad premórbida, es decir, el patrón con el que contaba la persona antes de la aparición de la enfermedad, otros como un estilo de afrontamiento frente a situaciones estresantes, o como un estilo de afrontamiento a la enfermedad. Siguiendo la misma línea, autores como Porro, Andrés y Rodríguez-Espinola (2012) plantean que la supresión de la expresión emocional o el tipo de estilo de expresividad pueden determinar el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso o, por el contrario, es el cáncer el que posee un rol facilitador para el desarrollo de formas específicas de estilos de afrontamiento o de regulación emocional para hacer frente a dicha enfermedad.

Relación entre el patrón de personalidad tipo C y el Cáncer

El cáncer se asocia a una personalidad precancerosa, la cual se caracteriza por la inhibición emocional, negación, represión, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, estoicismo, laboriosidad, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. Dichas características conforman lo que se denomina como personalidad tipo C (Graham; citado en Viollaz, 2004).

En cuanto a lo anterior, Temoshok (1985) halló una relación positiva entre el patrón de personalidad tipo C y el volumen de crecimiento tumoral de invasión en pacientes con melanoma, especialmente por debajo de los 55 años de edad.

Un estudio comparativo realizado por Porro et al. (2012) tuvo como objetivo describir la frecuencia de uso de la supresión emocional y de la expresividad emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en un grupo control. La muestra estuvo constituida por un total de 82 participantes, a los que se dividió en dos subgrupos. El primer grupo estuvo integrado por 38 participantes de ambos sexos diagnosticados con cáncer y el segundo grupo integrado por 44 participantes de ambos sexos sin diagnóstico de cáncer.

Para la recolección de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: (a) el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) que evalúa el uso de estrategias de Regulación Emocional, entre ellas la supresión de la expresión emocional; (b) el Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ); y (c) la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) que explora la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes oncológicos. Adicionalmente, se utilizó una entrevista semiestructurada construida para conocer datos sociodemográficos; así como el tipo de cáncer y el tiempo transcurrido desde la noticia del diagnóstico hasta el momento de la evaluación en el grupo de pacientes oncológicos.

Con respecto al análisis de resultados se obtuvieron estadísticos descriptivos para todas las variables bajo estudio, utilizando medidas de asociación para explorar la equivalencia entre las muestras y pruebas de comparación de medias; incluyendo la prueba Chi cuadrado como medida de asociación y la prueba no paramétrica U de Mann Whitney y H de Kruskal-Wallis. Los resultados obtenidos evidencian que hay diferencias significativas ($U = 587.5$; $p < .05$) en ambos grupos en cuanto al uso de supresión de la expresión de la emoción, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control.

Asimismo, se encontraron que existen diferencias ($U = 567$; $p < .05$) en ambos grupos con respecto a la expresión de emociones negativas, en donde el grupo de pacientes oncológicos presenta menor manifestación de emociones. Finalmente, los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a expresión positiva; esto se debe a que culturalmente se suele promover la expresión positiva, en donde los participantes de ambos grupos tienden a sobrevalorar la frecuencia con la que expresan sus emociones positivas (Porro et al., 2012).

Con base en los resultados del estudio anterior se evidencia la presencia de rasgos de personalidad que corresponden con el patrón de personalidad tipo C en pacientes oncológicos, ya que reflejan la tendencia al uso de un estilo de afrontamiento o un conjunto de estrategias que se inclinan hacia la supresión de la expresión de la emoción y la menor manifestación de emociones negativas.

Del mismo modo, Gaviria et al. (2007) realizaron un estudio descriptivo exploratorio con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico. La muestra estuvo constituida por 28 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 a 70 años de edad, que presentara diagnóstico de cáncer. Para la recolección de los datos utilizaron el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) que evalúa aspectos funcionales de la vida del sujeto y síntomas que pueda presentar, así como el nivel global de calidad de vida. Además, usaron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE que evalúa las siguientes dimensiones: (a) Búsqueda de Apoyo social; (b) Expresión Emocional Abierta; (c) Religión; (d) Focalización en la Solución del Problema; (e) Evitación; (f) Autofocalización Negativa; y (g) Reevaluación Positiva. Por su parte, evaluaron de manera situacional la ansiedad y la depresión de los pacientes a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

Los resultados de este estudio se analizaron a través de estadísticos descriptivos de tendencia central y coeficientes de correlación de Pearson. Los autores encontraron que la calidad de vida de los pacientes fue de buena a muy favorable, ya que los sujetos reportaron que la enfermedad y el tratamiento no interfirieron en su vida diaria, como las actividades o encuentros sociales. Lo anterior se debe a que los pacientes del estudio presentaron buenas funciones físicas y una baja sintomatología física (Gaviria et al. 2007).

Por otro lado, se encontró que los pacientes con cáncer de este estudio utilizaron estrategias de afrontamiento caracterizadas por frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos, y a nivel cognitivo una alta supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad (Gaviria et al., 2007). Estos resultados van a favor de la presencia un patrón de personalidad tipo C en pacientes con cáncer, asociándose al patrón planteado por López et al. (2002), el cual se compone de las dimensiones de Control Emocional, Comprensión y Represión Emocional; en donde refleja “el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas, el disimulo y

la no expresión de dichas emociones, y la capacidad para comprender a los demás, incluso, aunque éstos actúen en contra de los intereses del sujeto” (Gaviria et al., 2007, p. 71).

Del mismo modo, la no expresión de las emociones negativas característica del patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer es corroborada por el estudio prospectivo de Herranz, de la Calle y Bueno (1997) que tuvo como objetivo comprobar si la inhibición en la expresión de emociones negativas está asociada a mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. La muestra estuvo constituida por 504 mujeres, con edades comprendidas de 20 y 68 años, divididas en tres grupos: (a) mamas normales; (b) patología benigna; y (c) cáncer de mama.

Para la recolección de los datos se les administró un cuestionario general sobre variables sociodemográficas, la escala de Racionalidad/Defensividad Emocional (R/ED) que evalúa el uso de la racionalidad como un estilo de vida para defenderse de experimentar y expresar emociones negativas, y la escala de Necesidad de Armonía (N/H) que evalúa la capacidad de las personas para mantener relaciones armoniosas y conductas de autosacrificio. Es importante destacar que en el momento de administrar los instrumentos ninguna de las mujeres sabía su diagnóstico, aunque posteriormente fueron clasificadas en tres grupos a partir del diagnóstico clínico resultante de las distintas pruebas realizadas: examen de mamas, mamografías y, en su caso, biopsia, por parte de los correspondientes equipos médicos.

En cuanto a los resultados, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para comparar los grupos con patología benigna, mamas normales y los nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama. Se obtuvo que había diferencias significativas en las puntuaciones de la escala R/ED con la variable diagnóstico de la enfermedad entre las mujeres con cáncer y las mujeres con diagnóstico benigno ($p < .05$), y entre las mujeres con cáncer y las mujeres con mamas normales ($p < .05$), siempre presentando medias más altas las mujeres diagnosticadas de cáncer. Con respecto a Necesidad de Armonía, las comparaciones múltiples de un factor realizadas (Prueba Scheffé) dieron como resultado que había diferencias significativas entre las mujeres con cáncer y las mujeres con

diagnóstico benigno ($p < .05$) y entre las mujeres con cáncer y las mujeres con mamas normales ($p < .05$), siempre en el sentido de haber obtenido puntuaciones más altas las mujeres que habían recibido un diagnóstico de cáncer.

Con base en lo anterior, los datos muestran que las pacientes con cáncer de mama obtuvieron puntuaciones altas en racionalidad y defensividad emocional, así como en necesidad de armonía, lo cual apoya la idea de que “las mujeres con cáncer de mama inhiben la expresión de emociones negativas en sus relaciones interpersonales, utilizando la racionalización, y son capaces de renunciar a sus propios deseos y necesidades con el fin de lograr relaciones armoniosas con su entorno” (Herranz et al., 1997; p. 2).

Asimismo, un estudio descriptivo correlacional realizado por Amaya y Parra (2010) evaluó el patrón de personalidad tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos, utilizando una muestra de 35 pacientes, de ambos géneros, diagnosticados con cáncer. Para medir las variables se administró el Cuestionario de Personalidad Tipo C (CPC) que evalúa componentes de necesidad de armonía, racionalidad, comprensión, y no expresión emocional negativa; y la Escala Courtauld de CoEmocional (CECS) que estima el control de la ira, control de la preocupación y el control de la tristeza.

Para el análisis de los resultados se utilizaron estadísticos de tendencia central y análisis de varianza (ANOVA) para comparar diferencias en los datos sociodemográficos, incluyendo el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre el patrón de conducta tipo C y el control emocional. Obteniéndose una significancia al 0.05 en la correlación entre las escalas CPC y el CECS. De igual modo, los pacientes con cáncer puntuaron alto en las dimensiones de necesidad de armonía, comprensión y no expresión emocional negativa, a excepción de racionalidad, difiriendo con los hallazgos encontrados por Herranz et al. (1997). Demostrando que, para sobrellevar la enfermedad, los pacientes con cáncer utilizan un estilo de afrontamiento dirigido al control y no expresión de emociones negativas.

Amaya y Parra (2010) llegaron a la conclusión que la expresión emocional (referida al control de las emociones negativas: ira, preocupación y tristeza) está más presente en los pacientes oncológicos; y que la descarga emocional inapropiada y el control consciente de las emociones, en especial las negativas, podría relacionarse en mayor medida con las repercusiones en la salud y como un factor de riesgo para desarrollar algunos tipos de cáncer. Tal como las autoras explican “este riesgo probablemente radique en el manejo de la expresión emocional y sus efectos fisiológicos (especialmente de la ira y la tristeza), tanto si no se permite tal expresión como si se da de manera muy acentuada” (Amaya y Parra, 2010, p. 83).

Además, se encontró evidencia empírica que relaciona el patrón de personalidad tipo C y el cáncer. A través de un estudio correlacional realizado por Molina, Hernández y Sarquis (2009), el cual tuvo como objetivo determinar si existe relación entre el patrón de personalidad tipo C en 20 mujeres que padecen cáncer de mama y 20 mujeres con cáncer cérvico-uterino. Para comprobar la relación se aplicó el Cuestionario de Personalidad Tipo C (CPC) que evalúa el control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión; y la Guía de Factores de Personalidad (GFP), elaborada para detectar los patrones de personalidad Tipo A.

Los resultados obtenidos se manejaron comparando tipo de cáncer con tipo de patrón de personalidad, utilizando estadísticos de tendencia central, proporciones y la prueba de Chi Cuadrado para analizar los datos. Se encontró que existen diferencias significativas ($X^2 = 75.0$, 2 gl, $p < 0.001$) que van a favor de una relación entre la personalidad tipo C y el cáncer, presentándose dicho patrón en el 100 % de las mujeres con cáncer, independientemente del tipo que se tenga. Esto revela que las mujeres con cáncer presentan un patrón caracterizado principalmente por intentar ponerse en el lugar de los otros y entenderlos, a pesar de sentir emociones negativas originadas por los mismos (Molina et al., 2009).

Además, como concluyen Molina et al. (2009) con base en este estudio, el patrón comportamental tipo C se caracteriza por ocultar emociones negativas como la ira o la tristeza, manteniendo una compostura y expresión agradable hacia los demás, incluso si

están experimentando una preocupación o enojo bajo una circunstancia en particular. Por lo que se demuestra que hay una participación, directa e indirecta, de factores psicológicos en la enfermedad, como el patrón de personalidad tipo C.

Sin embargo, hay resultados que van en contra de dicha relación, entre ellos se puede mencionar lo encontrado por un estudio relacional de Torres (2006) a través de un diseño analítico observacional de casos y controles, que tuvo como objetivo establecer si el patrón de conducta tipo C está relacionado con el cáncer de mama, identificando como factor el estilo de personalidad propensa para desarrollar cáncer de mama en mujeres de Colombia. Para comprobar esto utilizaron una muestra de 284 sujetos de sexo femenino, divididos en tres grupos: (a) mujeres con cáncer de mama; (b) mujeres con cáncer de cérvix; y (c) con ausencia de enfermedad.

Para evaluar la conducta tipo C se utilizó el Cuestionario de Patrón de conducta Tipo C (CPC) que agrupa cinco factores: (a) Control Emocional, (b) Racionalidad, (c) Represión Emocional, (d) Necesidad de Armonía y (e) Comprensión. Después de recoger la información se obtuvieron estadísticos descriptivos con los datos segmentados por grupo, con el objetivo de observar y reportar las frecuencias en las variables estudiadas.

Con base en los resultados se llegó a la conclusión que tener cáncer de mama se relaciona principalmente con las variables de edad, terapia de reemplazo hormonal, el tener hermanas con cáncer de mama y cáncer de endometrio u ovario. A través de la prueba Chi cuadrado se demostró que la diferencia de proporciones de participantes con patrón de conducta tipo C no es estadísticamente significativa entre los tres grupos ($p=0.068$), aunque el porcentaje de mujeres que presentan un patrón de personalidad tipo C es más alto en el grupo de casos con cáncer (35%) que en el grupo con ausencia de cáncer (18.8%).

El hecho de que la proporción de participantes con patrón de conducta tipo C haya sido más alto en los grupos con cáncer, sugiere que este constructo corresponde más a un estilo de afrontamiento que a un tipo de personalidad relacionada con la predisposición a tener cáncer. Además, se encontró que la composición del constructo

tipo C varía entre los tres grupos, en el cáncer de mama no aparece el factor de racionalidad; en el cáncer de cérvix aparecen los cinco factores y para el grupo de mujeres sanas no aparece el factor de necesidad de armonía (Torres, 2006).

Modelos teóricos de la Personalidad tipo C

Existen distintos modelos que explican y describen la personalidad tipo C y cómo ésta se puede asociar a una patología oncológica; uno de los primeros fue propuesto por Eysenck en el año 1985, llamado el Modelo del Efecto de Inoculación. Este modelo propone que las características básicas de los pacientes con cáncer son la alta estabilidad emocional, bajo psicoticismo y alta extraversión; en donde el psicoticismo está asociado a características de hostilidad e ira por parte del sujeto, planteando que la persona con riesgo de desarrollar una enfermedad oncológica presenta puntuaciones bajas en factores de personalidad como neuroticismo y psicoticismo (Andreu, 1998).

Otros modelos manejan el constructo desde una perspectiva de inadecuada o inexistente expresión de las emociones negativas; así en el año 1985 surge el Modelo Psicobiológico de Greer y Watson. El modelo de Greer y Watson propone que en la conducta Tipo C los sujetos suprimen las respuestas emocionales negativas, como por ejemplo, la ira; son conscientes de las emociones negativas solo que suprimen las reacciones conductuales relacionadas a dicha emoción (Andreu, 1998).

Bajo esta perspectiva también se encuentra el Modelo Prospectivo de Levy y Wise (1988). En este modelo se incluye la variable apoyo social percibido y esta va a cumplir la función de determinar el tipo de estrategias de afrontamiento que utilice el sujeto en situaciones de estrés, así como la expresión de ellas en dichas situaciones; por lo tanto, una persona con apoyo social óptimo puede afrontar el estrés y resolverlo de forma constructiva, y facilitará su expresión de tiempos de crisis (Andreu, 1998).

Por otro lado, algunos modelos parecen manejar como referente la baja emocionalidad negativa del paciente con cáncer. Los autores desde esta perspectiva proponen que no se trata de que el sujeto suprima las reacciones conductuales, a veces ni son conscientes de sus emociones negativas (Andreu, 1998). De este modo, en el año 1987, surge el Modelo Procesual de Estilo de Afrontamiento y Homeostasis Psicofisiológica de Temoshok, en el cual el foco de atención se centra en el tipo de respuesta que la persona emite ante una situación estresante. De esta manera, propone tres factores psicológicos en relación a la progresión del cáncer, a saber: (a) estilo de afrontamiento tipo C, (b) expresión emocional y (c) desamparo/desesperanza (Viollaz, 2004).

En virtud de lo anterior, Temoshok (1985) plantea que el estilo de afrontamiento tipo C es producto de la combinación entre la predisposición genética y patrones de interacción familiar, de esta manera, la persona aprende a enfrentarse ante las dificultades y estresores suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos a favor de las necesidades de otras personas, lo que lleva a la eliminación de manifestaciones emocionales negativas.

Sin embargo, Temoshok (1985) plantea que un bloqueo duradero de la expresión de las propias necesidades y sentimientos tiene consecuencias biológicas y psicológicas negativas en el sujeto, en donde lo que puede haber comenzado como una supresión consciente de síntomas físicos para no molestar a otras personas, puede terminar en una conducta habitual de ignorancia e incluso de no reconocimiento de síntomas biológicos como el dolor o la fatiga; algo similar puede ocurrir con necesidades psicológicas como la soledad, tristeza y temor.

De este modo, es posible que el individuo con un patrón de personalidad tipo C sufra desamparo y desesperanza de forma crónica, aunque no lo reconozca conscientemente. La persona cree que es inútil expresar las propias necesidades y sentimientos, por tanto, los oculta bajo una máscara de normalidad y autosuficiencia (Temoshok, 1985)

Desde esta perspectiva también surge el Modelo Bidireccional de Influencia Psicológica de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990), en donde el sujeto tipo C se caracteriza por un estilo emocional de evitación, como por ejemplo evitar situaciones que producen una afectividad negativa, falta de motivación para expresar las emociones a otras personas, aversión a afrontar acontecimientos conflictivos y un menor procesamiento de episodios afectivos negativos (Andreu, 1998).

La presente investigación trabajará bajo el modelo de Temoshok, debido a su mayor amplitud para abarcar fenómenos dentro de la patología oncológica, ya que considera que es un patrón que surge de la interacción entre la genética y el aprendizaje; es decir, toma en cuenta el aprendizaje del sujeto para enfrentarse a situaciones estresantes, así como aspectos personales que sirven de predisponente para el desarrollo del patrón de personalidad tipo C. A su vez, considera no solo que la supresión emocional pueda generar síntomas físicos, sino también las consecuencias psicológicas, planteando además las razones de la supresión emocional.

Personalidad tipo C y Estrés

Desde esta postura existen diferencias individuales en la adaptación al estrés, fruto de la interacción del individuo con su medio, creando un significado no producto de las características naturales de los estresores, sino por dicha interacción, en donde la persona pone en juego sus diferentes habilidades y capacidades en las situaciones sociales a la hora de afrontar los problemas (Sandín, 2003).

Gaviria, et al. (2007) plantean que procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento, pero lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, en donde la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación entre el individuo y el ambiente resulte estresante o no. Así, estos autores proponen que el estrés que experimentan las personas surge de una interacción entre las características individuales y la naturaleza del medio.

Lo anterior sugiere que los efectos del estrés dependen de lo siguiente: (a) la percepción del estresor, (b) la capacidad del individuo para controlar su medio, (c) la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas y (d) de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad (Sandín, 2003). Por lo tanto, cada individuo puede percibir de forma distinta las amenazas de una situación estresante y estará mediada por su estilo de afrontar dicha circunstancia; en donde hará uso de un conjunto de habilidades, tanto personales como sociales, así como sus recursos y capacidad de control que será característico del propio sujeto.

Según Viollaz (2004) los patrones de inhibición conductual generan en la persona una alta carga de estrés debido a su dificultad para expresarlo en diferentes situaciones. Por lo tanto, ante estas situaciones el sujeto generará ciertas estrategias de afrontamiento que estarán moduladas por diversos factores como la edad, el género, la educación, sus habilidades sociales, entre otras; es decir, dependerá de factores asociados a las características específicas de cada individuo, como por ejemplo su personalidad.

Del mismo modo, Herranz et al. (1997) plantean que una característica relacionada al patrón de personalidad tipo C, tiene que ver con las situaciones de estrés vividas por los sujetos, pudiéndose tomar en consideración determinadas estrategias de afrontamiento de cara al estrés, en particular una estrategia represiva de afrontamiento que vendría caracterizada por la supresión de necesidades y sentimientos negativos asociadas a dicho patrón.

Según Herranz et al. (1997) se propone que es la respuesta del sujeto ante los acontecimientos importantes de naturaleza estresante, y no tanto la cantidad y calidad de los eventos ocurridos, la que puede tener más relación con la incidencia del cáncer. Así por ejemplo, Cooper y cols. (1986, 1992, 1993) evaluaron una muestra de 2163 mujeres que iban a ser sometidas a una revisión de mama, que fueron clasificadas en cuatro grupos a partir de su diagnóstico: cáncer de mama, quiste, patología benigna y mamas normales. Se encontró que las mujeres diagnosticadas de cáncer tendían a afrontar las situaciones de estrés con estrategias de evitación/negación y a interiorizar sus

problemas, eran reacias a buscar apoyo en su familia y amigos, así como a exteriorizar la expresión de sus emociones, este grupo empleó menor medida estrategias de afrontamiento.

De esta manera, se plantea la presente investigación con la intención de ofrecer un mayor entendimiento de la relación que existe entre el Patrón Personalidad tipo C, Nivel de estrés Percibido y Sexo con la presencia de la patología oncológica, verificando si los aspectos psicológicos se relacionan con la aparición y desarrollo del cáncer. Además de ver cómo se relacionan dichas variables, entre ellas, la relación entre Personalidad tipo C y el Sexo, lo cual sirve de aporte para seguir explorando si existen diferencias en cuanto al sexo y ver si la Personalidad tipo C es un constructo propio de las mujeres con cáncer; esto se debe a que la mayoría de los estudios realizados utilizan como muestra pacientes femeninos, ignorando si está presente en hombres con cáncer.

A su vez, es un tema que tiene muchas controversias, sobre todo en relación a la dimensionalidad o composición del constructo de Personalidad tipo C, ya que diversos factores pueden constituir una personalidad propia del cáncer, en especial, lo relacionado a la antiemocionalidad o poca expresión de emociones negativas, así como un elevado control de las mismas. De modo que esta investigación arrojará resultados en torno a las dimensiones del constructo en pacientes oncológicos de la población venezolana.

Concretamente, esta investigación parte de la concepción de que todo paciente oncológico tiene características de personalidad generalizables, las cuales resultan independientes del sexo; es decir, tanto en pacientes masculinos como femeninos que posean un diagnóstico oncológico estarán presentes las dimensiones que caracterizan el constructo de Personalidad tipo C.

MÉTODO

Problema de investigación

¿Cómo es la relación entre el Patrón de Personalidad Tipo C, el Nivel de Estrés Percibido y el Sexo en pacientes oncológicos?

Hipótesis

Hipótesis general

El patrón de Personalidad tipo C, el Nivel de Estrés Percibido y el Sexo se relacionan de forma directa con la presencia de Cáncer en pacientes oncológicos.

Hipótesis específicas

La obtención de puntajes altos en el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC) se relaciona positivamente con la presencia de cáncer en pacientes oncológicos, es decir, los pacientes oncológicos obtendrán altos puntajes en el Cuestionario de Personalidad tipo C.

La obtención de puntajes altos en la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) se relaciona positivamente con la presencia de cáncer en pacientes oncológicos, es decir, los pacientes oncológicos obtendrán altos puntajes en la Escala de Estrés Percibido.

Obtener puntajes altos en el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC) se relaciona positivamente con la obtención de puntajes altos en la Escala de Estrés percibido (PSS-14).

Obtener puntajes de 1 en el apartado de datos sociodemográficos de los instrumentos, se relaciona de forma inversa con puntajes altos en el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC), es decir, los pacientes oncológicos de sexo masculino obtienen puntajes más bajos en el Cuestionario de Personalidad tipo C.

Obtener altos puntajes en el apartado de datos sociodemográficos de los instrumentos, se relaciona de forma inversa con la obtención de puntajes altos en la Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Es decir, los pacientes oncológicos de sexo femenino obtienen puntajes más altos en la escala de estrés percibido.

Definición de variables

Sexo

Definición constitutiva: “Diferencia anatómico-fisiológica entre hombres y mujeres. Es la característica con la cual las personas nacen. El sexo tiene un carácter universal y definitivo, es un hecho natural visible” (Vía-Orellana, 2002, p. 2).

Definición operacional: Se medirá como el dato marcado por los sujetos, según las casillas “M” para hombre (1) y “F” para mujer (0), en el apartado de datos sociodemográficos de los instrumentos: Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC) y Escala de Estrés Percibido (PSS-14).

Patrón de Personalidad tipo C

Definición constitutiva: Estilo de afrontamiento que desarrolla el individuo frente a sucesos estresantes que se caracteriza por ser cooperativo y tranquilo, poco asertivo, paciente, con tendencia a la inexpressión de las emociones negativas, particularmente la ira, y sumiso ante la autoridad (Temoshok, 1987).

Definición operacional: Puntaje obtenido en el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC), en el que el puntaje mínimo posible es 0 y el puntaje máximo es 26, siendo un puntaje mayor indicativo de que el paciente presenta un estilo para afrontar los problemas característico del Patrón de Personalidad tipo C, a saber: la no Expresión Emocional, Racionalidad, Necesidad de Armonía y Comprensión. No obstante, en el presente estudio sólo se medirán las manifestaciones de tres componentes de esta variable, a saber: (a) Control Emocional, entendido como el grado en que los individuos usan la razón y la lógica para evitar emociones socialmente negativas. (b) Represión Emocional: se refiere a la inhibición de la expresión de emociones socialmente negativas, y (c) Comprensión: definida como grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos (López et al, 2002).

Nivel de Estrés Percibido

Definición constitutiva: Grado en que los individuos aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes, evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983)

Definición operacional: Puntuación obtenida en la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la que el puntaje mínimo posible es 0 y el máximo es 56 puntos, siendo un puntaje mayor indicativo de que el paciente considera que la vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada. Es decir, a mayor puntaje, mayor Nivel de Estrés Percibido presenta el paciente.

Variables a controlar

En la presente investigación, se mantuvo el control sobre las condiciones en las que se aplicarán los instrumentos. De esta manera, las variables fueron controladas por medio de la técnica de constancia de condiciones, la cual consiste en mantener constante durante todo el estudio los valores de la variable extraña objeto de control, de forma que, a lo largo de la investigación, todos los participantes reciban el mismo valor de la variable extraña (Santalla-Banderalli, Pérez-Antelo, Colmenares, et al., 2011). Concretamente las variables que fueron objeto de control en la presente investigación son:

Instrucciones ofrecidas: Las instrucciones que se ofrecieron a los participantes son idénticas, y dadas por la misma persona. Al ofrecer dichas instrucciones, se procuró mantener una actitud empática al informar al paciente respecto al objetivo de la investigación, y la confidencialidad de los datos, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad que puede generar la situación de prueba, la presencia del administrador de la misma y el desconocimiento respecto al objetivo de la aplicación del instrumento.

Acompañantes del paciente: Durante la administración de los instrumentos, el paciente se encontró alejado del acompañante, procurando así que la información proporcionada por la persona no se vea alterada por la presencia del acompañante, puesto que dicha presencia podría inhibir o sesgar la información que el paciente ofrece.

La importancia del control de dichas variables radica en garantizar que la información obtenida resulte lo más verídica posible, ya que al ofrecer las instrucciones y al aplicar el instrumento de manera empática, sin la presencia del acompañante, se espera disminuir los niveles de ansiedad que puede provocar en el paciente la presencia del administrador de dicho instrumento, la presencia del acompañante y el instrumento per se, es decir, la situación de estar siendo evaluado, procurando ofrecer un clima de confianza, con el objetivo de obtener información certera.

Tipo de investigación

Según el grado de control, la presente se trata de una investigación de tipo no experimental, la cual se define según Kerlinger y Lee (2002) como:

La búsqueda empírica y sistemática en la que el investigador no posee control directo sobre las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la varianza concomitante de las variables independiente y dependiente (p. 504).

En virtud de lo anterior, en el presente estudio las variables sexo, patrón de personalidad tipo C, nivel de estrés, resultan variables atributo, las cuales no son susceptibles de ser manipuladas debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables (Kerlinger y Lee, 2002).

Según el objetivo, constituye una investigación de corte correlacional, la cual se define según Hernández-Sampieri, Fernández-Collada y Baptista-Lucio (2006) como aquel tipo de investigación que permite determinar la dirección y la magnitud de las relaciones que existen entre dos o más variables. En este sentido, se pretendió indagar la dirección y magnitud de la relación entre las variables patrón de personalidad tipo C, nivel de estrés y sexo; por tal razón, se encuentra inmersa en la categoría correlacional.

Diseño de investigación

La presente investigación se llevó a cabo a través de un diseño no experimental, el cual abarca estudios que, según el grado de control que se tiene sobre las variables, involucran la no manipulación de las mismas; y que según el objetivo y grado de conocimiento en el área, pueden ser exploratorias, descriptivas o correlacionales (Santalla-Banderalli, 2010).

En virtud de lo anterior, los diseños no experimentales, según Santalla-Banderalli (2010), se caracterizan por:

- El investigador no manipula las variables independientes, bien porque ya acontecieron sus manifestaciones o porque son intrínsecamente no manipulables.
- El investigador tiene un control nulo o muy bajo de las variables extrañas.
- No se cumple el criterio de triple aleatorización.
- Se observan los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural.

Específicamente, se trata de un diseño no experimental transversal correlacional, el cual se concibe según Hernández-Sampieri et al (citado en Santalla-Banderalli, 2010), como un diseño en el que “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es medir la dirección y la magnitud de las relaciones que existen entre dos o más variables en un momento determinado” (p. 25). Se utilizó este diseño debido a que las mediciones de las variables de interés se realizaron en un sólo punto del tiempo con el objetivo de determinar la dirección y magnitud de la relación entre las variables de la investigación.

Concretamente, las variables independientes no resultan manipulables en esta investigación, debido a que por su naturaleza, ya han ocurrido, por ejemplo, el sexo, el patrón de personalidad tipo C y el nivel de estrés; por tal motivo, sólo resulta posible la medición de las mismas. Asimismo, los fenómenos se observaron tal como ocurren en su contexto natural. Por otro lado, se tiene un control muy bajo de las variables extrañas que pudiesen afectar los resultados, en especial, sobre la veracidad de la información proporcionada por los participantes, así como respuestas proporcionadas por las personas las cuales sean producto de la discapacidad social. Finalmente, no se cumple el criterio de triple aleatorización para la selección y asignación de los participantes. Por tales razones, se considera un diseño no experimental para la obtención de los datos.

Diseño muestral

Población

La población estará constituida por pacientes oncológicos, de ambos sexos, consultantes de varios centros de atención médica del Área Metropolitana de Caracas, Venezuela.

Tipo de muestreo

La selección de las unidades muestrales se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional, el cual se entiende según Kerlinger y Lee (2000) como el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presume son característicos de la población. En este sentido, el criterio para la selección de los sujetos consiste en que sean pacientes oncológicos, de ambos sexos, que estén siendo tratados en centros de atención médica públicos del Área Metropolitana de Caracas, Venezuela.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 100 pacientes oncológicos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 a 75 años de edad, que asistían a consulta médica en centros de atención de salud públicos en el Área Metropolitana de Caracas, Venezuela, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Para obtener la muestra se realizó una entrevista con los encargados de los servicios de oncología de los centros hospitalarios que fueron utilizados para la recolección de los sujetos; en la que se preguntó sobre los pacientes disponibles que se atienden en un tiempo aproximado de un mes.

Por su parte, tomando en cuenta lo reportado en las entrevistas y el número de centros hospitalarios, se propuso el uso de 100 sujetos, considerando que la misma representa una muestra clínica, ya que según el reporte del personal del servicio de psicooncología, diariamente se atiende en la mayoría de los centros hospitalarios un aproximado de seis a ocho pacientes, de los cuales el 70% son mujeres.

Para la determinación del tamaño de la muestra se realizó el siguiente cálculo: $n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 1.35}{5^2 + 0.5 \times 0.5} = 100$ sujetos, donde Z representa el nivel de confianza al 95% (1.96); N la población total contemplada si asisten entre seis y ocho pacientes diariamente (135); P que significa la probabilidad a favor (0.5); Q la probabilidad en contra (0.5); y por último, E que implica el error de estimación (5%).

Entre los hospitales que se tomaron en cuenta para la recolección de la muestra, se encuentran: (a) Hospital Oncológico Luis Razetti, ubicado en la calle Real de Cotiza en San José, Caracas y (b) Hospital Oncológico Padre Machado, ubicado en la Avenida principal del Cementerio con calle El Degredo, los Rosales, Caracas.

Instrumentos

Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC)

El Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC), desarrollado por Anarte, López, Ramírez y Esteve en el año 2002, evalúa la no Expresión Emocional, Racionalidad, Necesidad de Armonía y Comprensión, dimensiones consideradas como características del Patrón de Personalidad tipo C. Se encuentra constituido por 26 ítems que se agrupan en cinco factores, de la siguiente manera: 5 ítems en Control Emocional, 4 en Racionalidad, 5 en Represión Emocional, 6 en Necesidad de Armonía y 6 en Comprensión. Las opciones de respuesta se califican con uno o cero (1 o 0), donde uno representa respuestas afirmativas (sí), y cero respuestas negativas (no); con excepción de los ítems que puntúan inverso [3,4,5,6,7,10,16,24,26] (Figuroa-Varela, Valadez-

Sierra et al., 2015). Dicho instrumento presenta buenos indicadores psicométricos, ya que posee una confiabilidad de 0.786; evaluándose la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio y la validez de contenido con un análisis confirmatorio. Para la elaboración de dicho instrumento se empleó una muestra constituida por 103 pacientes diabéticos, 100 con cáncer y 180 personas pertenecientes a la población general (Figueroa-Varela, Valadez-Sierra et al., 2015).

Asimismo, el instrumento fue validado en población Colombiana por el estudio de Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero en el año 2006; en donde utilizaron una muestra de 1121 sujetos, obteniendo una confiabilidad de 0.746 y evaluando la validez a través de un análisis factorial exploratorio, obteniendo un total de varianza explicada del 52,30% distribuida en cinco factores, los cuales se corresponden con los hallados en el estudio de López et al. (2002). Lo anterior demuestra que el cuestionario utilizado presenta un funcionamiento adecuado en la población colombiana y que posee una confiabilidad y validez aceptable que permite su utilización (Amaya et al., 2006).

No obstante, debido a que el instrumento no ha sido utilizado en el país, se solicitó a un grupo de tres jueces expertos la revisión de los ítems que conforman el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC) con la finalidad de evaluar la adecuación del contenido de la escala para medir la variable Patrón de Personalidad Tipo C en Venezuela. Seguidamente, se procedió a la realización de un estudio piloto con el objetivo de evaluar la confiabilidad y validez de dicho instrumento, así como el grado de comprensión del contenido de cada uno, utilizando para ello una muestra de 40 pacientes con diversos diagnósticos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 y 75 años, que estuvieran siendo atendidos en centros de salud públicos del Área Metropolitana de Caracas

Posteriormente, se realizó el análisis del instrumento utilizando el programa de análisis estadístico SPSS versión 20, obteniendo así un buen grado de consistencia interna en el estudio piloto, con un alfa de Cronbach de 0.71, por lo tanto, dicho instrumento puede aplicarse a la población venezolana. Además, en la prueba de esfericidad se comprueba que la varianza se distribuye de manera igual en dicha

población, siendo significativa (Barlett Chi cuadrado 556,754 sig=0,000). No obstante, se encontró que no se cumple el supuesto de linealidad (KMO=0,30). Lo anterior puede ser explicado debido a que fue administrada a una muestra de pacientes de bajo nivel de instrucción, trayendo como resultando problemas de comprensión de la escala; esto se evidencia en el estudio de Amaya et al. (2006), llegando a la conclusión de que hay una diferencia entre personas con bajo nivel educativo y personas con alto nivel educativo, en donde al parecer la prueba no funciona adecuadamente con población cuyo nivel educativo es inferior a secundaria. Por ello se procedió a una modificación de la escala con el objetivo de que sea mucho más comprensible con pacientes de dicho nivel educativo y para la población venezolana.

Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

La Escala de Estrés Percibido (PSS-14), desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983, con el objetivo de valorar situaciones estresantes de la vida. Se trata de un cuestionario autoaplicado de dos dimensiones, a saber: (a) Distrés General y (b) Capacidad de Afrontamiento. Dicho instrumento está diseñado para medir el grado en que los individuos aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes, evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada (Salgado-Madrid et al., 2003). Además es la escala más conocida en la cuantificación de estrés emocional en investigaciones clínicas y epidemiológicas (Campos-Arias, Oviedo y Herazo, 2014).

En relación a la dimensionalidad del instrumento, Campos-Arias et al., (2014), observaron dos dimensiones, el distrés general, que explicó 35,3% de la varianza, y capacidad de afrontamiento, responsable de 23,9% de la varianza, con baja correlación entre ellas ($r=-0,224$); alfa y omega fue 0,82 para la dimensión distrés general, y alfa y omega de 0,83 para capacidad de afrontamiento.

Existen tres versiones de la PSS, la versión original, elaborada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983 consta de 14 ítems (PSS-14), con siete preguntas redactadas positivamente [4,5,6,7,9,10,13] y otras siete redactadas de forma negativa [1,2,3,8,11,12,14], tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que exploran sentimientos y pensamientos durante el último mes. Las preguntas redactadas negativamente se califican: nunca = 0; casi nunca = 1; de vez en cuando = 2; a menudo = 3; muy a menudo = 4. Las redactadas positivamente reciben puntuación invertida. La sumatoria produce la puntuación total de la escala, con un rango entre 0 y 56 puntos. La segunda versión, elaborada por Cohen y Williamson en 1988 (PSS-10), la redujeron a 10 preguntas utilizando análisis factorial. En esta se omiten las preguntas 4,5,12,13 de la PSS-14, las puntuaciones de las restantes, resultan igual y el rango de puntuación es entre 0 y 40 puntos. La tercera versión (PSS-4) fue elaborada por Cohen “para situaciones que requieren una escala muy corta o para entrevistas telefónicas. Incluye dos preguntas redactadas positivamente y dos redactadas negativamente, el rango de puntuación es de 0 a 16 puntos” (Salgado-Madrid et al., 2003; p. 322).

Las tres versiones de la escala PSS se encuentran traducidas a 25 idiomas. En las diferentes versiones, a mayor puntuación se considera que existe mayor grado de estrés y en ninguna se ha señalado punto de corte (Salgado-Madrid et al., 2003).

En relación a la confiabilidad, las tres versiones han presentado una alta consistencia, sin diferencias significativas en función del sexo. Concretamente, en estudios en los que se han evaluado mujeres en estado de pre menopausia, se ha evidenciado buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.75); al evaluar mujeres ucranianas en edad fértil, utilizando el PSS-14 (alfa de Cronbach= 0.81); en versiones en español ha alcanzado un alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.83. Asimismo, al ser aplicada a una muestra de estudiantes universitarios, la versión inglesa de PSS-10 evidenció una consistencia interna entre 0.84 y 0.89, mientras que la versión japonesa alcanzó un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.74 (Salgado-Madrid et al., 2003).

Con el objetivo de comparar las versiones españolas de la PSS-10 y PSS-14, se realizó un estudio empleando 175 estudiantes universitarios de Bogotá, Colombia, en el cual la PSS-10 presenta como ventajas el menor número de ítems, lo que la hacía más rápida a la hora de realizar la corrida de datos, así como los análisis estadísticos correspondientes. De esta manera, la versión PSS-14 obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87, mientras que la PSS-10 obtuvo un alfa de 0.86, evidenciándose así buena consistencia interna en ambas versiones de la escala de estrés percibido. Por otro lado, la versión PSS-14 mostró dos factores (afrentamiento y percepción de estrés) que explican el 49,6% de la varianza, mientras que la versión PSS-10, mostró un único factor que daba cuenta del 45,0% de la varianza total, evaluándose el coeficiente de afectación, seguridad, nerviosismo, capacidad de afrontamiento, enfado, acumulación de dificultades, con resultados superiores a 0.39 en una dimensión (Salgado-Madrid et al., 2003).

En el ámbito de la salud, la versión española de la PSS-14 fue validada en una muestra de pacientes con VIH. A partir de dicho estudio, se obtuvo que esta escala resulta confiable (alfa de Cronbach =0,67) para evaluar el estrés percibido. En relación a la validez, se evidencian indicadores que sugieren que resulta válida para evaluar dicho fenómeno, ya que la validez concurrente, determinada por la correlación con el nivel de ansiedad y la escala de 0 a 10 puntos referida al estrés en el último mes, fue alta ($p < 0,001$). Asimismo, la validez predictiva para la ansiedad ($R^2-c=0,42$; $F=72,983$; $p=0,000$) y la escala de 0 a 10 puntos referida al estrés en el último mes ($R^2-c=0,28$; $F=40,349$; $p=0,000$) fue aceptable (Remor y Carrobles, 2002).

Por otro lado, esta versión ha sido validada en un estudio realizado por Lostaunau y Torrejón (2013) con una muestra de pacientes con cáncer compuesta por 53 mujeres adultas cuyo rango de edad se encuentra en edades comprendidas entre 30 y 69 años, las cuales asistían a un centro especializado en enfermedades neoplásicas en la ciudad de Lima, Perú, y habían sido diagnosticadas con cáncer de mama entre 3 y 12 meses atrás. Hallándose como resultado que hay un mayor uso del control del estrés en comparación con la expresión del estrés. Es decir, la mayoría de los pacientes con cáncer de mama de la muestra perciben en mayor medida que se enfrentan de manera adecuada

o satisfactoria a los estresores que se le presentan. En cuanto a los indicadores psicométricos, se evidenció que en cuanto a la confiabilidad según el estadístico alfa de Cronbach, alcanzó puntajes globales de 0.80, de 0.72 para el factor Expresión de Estrés y 0.76 para el factor Control de Estrés.

Sin embargo, la PSS-14 no ha sido utilizada en el país, por tal motivo se solicitó a un grupo de tres jueces expertos la revisión de los ítems que conforman la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) con el objetivo de evaluar la adecuación del contenido de la escala para medir la variable Nivel de Estrés Percibido en Venezuela. Seguidamente, se procedió a la realización de un estudio piloto con la finalidad de evaluar la confiabilidad y validez del instrumento, así como el grado de comprensión del contenido que compone a dicha escala, utilizando para ello una muestra de 40 pacientes con diversos diagnósticos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 y 75 años, que estuvieran siendo atendidos en centros de salud públicos del Área Metropolitana de Caracas

Posteriormente, se realizó el análisis del instrumento utilizando el programa de análisis estadístico SPSS versión 20, arrojando un puntaje de 0.75 en alfa de Cronbach, lo que indica que la prueba tiene buena consistencia interna y se puede aplicar a la población venezolana. Aunado a esto, se acepta el supuesto de linealidad de la escala ($KMO=0,73$), es decir, que hay una relación pura entre las variables presentadas; además, en la prueba de esfericidad dio significativo (Barlett Chi cuadrado 222,278 sig=0,000), de esta manera, se cumple el supuesto de homocedasticidad, siendo las varianzas constantes a lo largo de las observaciones. Por esta razón, se procedió a realizar un análisis factorial para comprobar los componentes de la prueba, encontrándose que explica un 51,13% de la varianza total, distribuida en dos factores, afrontamiento y percepción de estrés.

Procedimiento

Inicialmente, se determinó el tamaño muestral y el tipo de muestreo para la obtención de la muestra, tomando como criterios lo siguiente: (a) la cantidad de pacientes atendidos diariamente según el reporte del jefe de servicio de cada centro hospitalario (b) consideración de variables propias del contexto hospitalario que pudieran dificultar la obtención de la muestra o pudieran conllevar a mortalidad experimental, tales como: que el paciente sea llamado a consulta durante la administración de los instrumentos, que el estado de salud física y emocional de los pacientes le impidan participar en la investigación, incluyendo el no responder todos los ítems de los instrumentos. Posteriormente, se procedió a seleccionar los centros hospitalarios que se utilizaron para la obtención de los datos, teniendo como criterio que los mismos se encontraran ubicados en la ciudad de Caracas, Venezuela. Luego de dicha selección, se realizaron reuniones con los Jefes del Servicio de Oncología de los Centros Hospitalarios previamente seleccionados, en las cuales se les comunicó el objetivo de la investigación y el tamaño muestral requerido para lograr objetivo del estudio, aunado a esto, se solicitó autorización para acceder a la muestra.

Del mismo modo, se solicitó a un grupo de tres jueces expertos conformado por un psicólogo de la salud, un profesor de psicología especialista en Psicometría y un profesor de psicología especialista en Metodología de la Investigación, la revisión de los ítems que conforman el Cuestionario de Personalidad tipo C (CPC) y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) con el objetivo de evaluar la adecuación del contenido de cada escala para medir las variables de Patrón de Personalidad Tipo C y Nivel de Estrés Percibido en Venezuela, puesto que dichos instrumentos no han sido utilizados en el país.

Seguidamente, se procedió a la realización de un estudio piloto con el objetivo de evaluar la confiabilidad y validez de los instrumentos, así como el grado de comprensión del contenido de cada uno. Posteriormente se realizó el análisis utilizando el programa de análisis estadístico SPSS versión 20, arrojando buena consistencia interna, tanto para

la Escala de Estrés Percibido como para el Cuestionario de Personalidad tipo C, pudiendo ser utilizadas en la población venezolana.

No obstante, se procedió a la modificación de la redacción de los ítems de ambas escalas, en base a la información obtenida a partir de la evaluación de los instrumentos realizada por los jueces expertos y los datos obtenidos en el estudio piloto, con el objetivo de aumentar su confiabilidad y validez, así como para que los mismos resulten más comprensibles, especialmente, el Cuestionario de Personalidad tipo C, ya que el mismo se ve afectado por el grado de instrucción de la persona (Ver anexo A).

Posteriormente, con el objetivo del cumplimiento de los principios expuestos en el Código Deontológico de la Práctica de Investigación en Psicología (Escuela de Psicología, 2002), se procedió a la entrega del consentimiento informado a los individuos, donde se hizo constancia de que la participación de los mismos era voluntaria y que podían dejar la investigación si lo deseaban, respetando así la libertad de coacción. Aunado a esto, se ofreció una descripción clara y precisa del objetivo de la investigación, y se les garantizó que la información ofrecida sería protegida, confidencial y sólo se utilizaría para los fines de la investigación, a fin de lograr disminuir los niveles de ansiedad que la situación de prueba podía generar en los pacientes. Posterior a la aceptación a participar, se procedió a la aplicación de los instrumentos definitivos a los pacientes oncológicos que se encontraban en los hospitales o centros de salud seleccionados.

Seguidamente, se procedió a la construcción de la base de datos lo cual permitió la realización posterior de análisis estadísticos psicométricos e inferenciales mediante el uso del paquete estadístico en ciencias sociales SPSS versión 20. A partir de esta, se obtuvieron los estadísticos de tendencia central y de dispersión de cada variable. Por su parte, con el objetivo de verificar las hipótesis planteadas, se utilizó un análisis de correlaciones simples de Pearson, el cual permitió determinar la asociación o relación entre dos variables cuantitativas, tanto en términos de direccionalidad como de fuerza o intensidad, proporcionando un coeficiente de correlación (r de Pearson). Dicho análisis se utilizó debido a que en la presente investigación se pretendía comprobar si existe

relación entre el conjunto de variables, así como el grado y dirección de las mismas; de forma que se pudo constatar si cuando aumentaba el valor de una de ellas aumentaba también el valor de la otra variable (relación directa) o por el contrario disminuía (relación indirecta). Posteriormente, con el objetivo de determinar si los resultados obtenidos variaban en función del sexo del paciente, se realizó un contraste t de student independiente. Por último, se analizaron los resultados y se discutieron los hallazgos de este estudio en comparación con los resultados obtenidos en otras investigaciones.

Consideraciones Éticas

Se cumplieron durante todo el estudio los aspectos éticos contemplados en el Código de Deontología de la Práctica de la Investigación (Escuela de Psicología, 2002), como: (a) no coacción: no se obligó a las personas a participar en el estudio, respetando así la decisión de cualquiera de ellos de retirarse de la investigación en el momento en el que ellos lo deseen; (b) protección de daños: los instrumentos de medida no fueron aplicados a pacientes enfermos terminales o en fase IV (metástasis), ya que su estado de vulnerabilidad no ofrecería beneficio alguno, pues las condiciones propias del grado avanzado de la enfermedad no se lo permitía; (c) consentimiento informado: se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para participar en el estudio, preguntándoles explícitamente si deseaban participar; (d) confidencialidad: se mantuvo la confiabilidad de la información obtenida, debido a que los datos recolectados se utilizaron sólo para los fines de la investigación; (e) principio de beneficencia, no maleficencia: la participación en el estudio no implicó riesgo alguno para los pacientes; (f) en el estudio serán citados los autores de las fuentes teóricas utilizadas; y (g) comunicación: se reportaran los resultados tal y como se hayan desprendido de la recolección.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó el análisis de confiabilidad y estructura factorial del Cuestionario de Personalidad Tipo C (CPC) desarrollado por Anarte, López, Ramírez y Esteve; igualmente para la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) de Cohen, Kamarck y Mermelstein. Para el análisis de confiabilidad se utilizó el coeficiente de Alpha de Cronbach, mientras que para el análisis de la estructura factorial se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados para el cuestionario de personalidad tipo C, dado que resulta el procedimiento más adecuado cuando los ítems son dicotómicos, y el método de componentes principales para la escala de Estrés Percibido.

En lo que respecta al Cuestionario de Personalidad Tipo C en la presente investigación, se obtuvo un nivel de confiabilidad aceptable de ($\alpha=0.65$); los ítems que componen el instrumento presentaron una correlación positiva con el puntaje total de la prueba, con correlaciones que van desde 0,010 (ítem 16) hasta 0,457 (ítem 11), exceptuando los ítems 3, 4, 5 y 9 con correlaciones negativas de -0,039 a -0,168. El ítem 5 presentó una correlación negativa de -0,168 con el puntaje total de la prueba, disminuyendo la confiabilidad del cuestionario ($\alpha=0.62 < \alpha=0.65$) por esta razón, se procedió a su eliminación y no se incluyó en los análisis de confiabilidad, estructura factorial y de relación entre las variables. Dichos datos reflejan que la prueba tiene consistencia interna (Ver anexo B).

Al realizar el análisis factorial de mínimos cuadrados no ponderados, se fijó un autovalor de 1,5 y se encontró una estructura factorial conformada por cuatro factores, de los cuales el primero, con un autovalor de 4,14 explicó el 12,84% de la varianza total, el segundo componente obtuvo un autovalor de 2,90 y explicó el 8,27% de la varianza total, el tercer factor arrojó un autovalor de 2,33 y explicó el 7,36 de la varianza total, y finalmente el cuarto factor con un autovalor de 1,67 explicó el 5,97% de la varianza total. De tal manera que los cuatro factores en conjunto explicaron el 34,44% de la varianza total (Ver anexo C)

Posteriormente se obtuvo la matriz rotada por el método varimax y se utilizó como criterio una carga factorial mayor o igual a 0,30 para identificar los ítems que componen cada factor. El primer factor se denominó *Represión Emocional* y estuvo compuesto por los ítems 1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 20, lo que implica la inhibición de la expresión de emociones socialmente negativas por parte de los pacientes.

El segundo factor se denominó *Racionalidad* y está compuesto por los ítems 3, 4, 6, 7, 8, 9 y 17 estando relacionado al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, en donde el ítem 8 y 9 resultaron inversos. El tercer factor se denominó *Comprensión* que incluye los ítems 19, 21, 22 y 23, los cuales hacen referencia al grado en que los pacientes intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos. Finalmente, el cuarto factor no se consideró en el presente estudio, debido a que está compuesto por dos ítems que no corresponden al contenido de los tres factores mencionados anteriormente, específicamente los ítem 24 y 25, ya que al leer su redacción hacen referencia a otro componente. Por su parte, el ítem 10, 16 y 26 no cumplieron con el criterio establecido, ya que poseían una carga factorial menor a 0,30, lo que sugiere realizar una revisión de los mismos al igual que los ítems 24 y 25 (Ver tabla 1).

Tabla 1. *Matriz Rotada del Cuestionario de Personalidad Tipo C Utilizado en la Presente Investigación.*

Ítems de la prueba	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
ítem 1	,513			
ítem 2	,361			,389
ítem 3	-,394	,461		
ítem 4		,500		
ítem 6		,693		
ítem 7		,556		
ítem 8		-,366		,328
ítem 9		-,435	,347	
ítem 11	,667			
ítem 12	,754			
ítem 13	,621			
ítem 14	,645			
ítem 15	,571			
ítem 17	,312	,378		
ítem 18	,327			
ítem 19			,310	
ítem 20	,326			
ítem 21			,454	
ítem 22			,647	
ítem 23			,771	
ítem 24				,671
ítem 25				,615

Es necesario destacar que aunque la estructura obtenida de la escala no concordó con la propuesta por López, et al (2002) y lo hallado en el estudio de Torres (2006), quienes obtuvieron tres dimensiones: (a) Control Emocional, (b) Represión Emocional y (c) Comprensión; en la presente investigación se tomó en cuenta el puntaje total de los sujetos en las tres dimensiones consideradas como indicador total del Patrón de Personalidad tipo C. De igual manera, se realizó un análisis de correlaciones entre los distintos factores que componen la variable Patrón de Personalidad tipo C encontrándose correlaciones bajas y no significativas al 0,01 entre las dimensiones Represión emocional y Comprensión, a excepción de los factores Represión Emocional y

Racionalidad, los cuales presentaron una correlación baja, inversa y no significativa estadísticamente. Asimismo, se encontraron correlaciones bajas y no significativas entre los factores Racionalidad y Comprensión (Ver tabla 2)

Tabla 2. *Correlaciones entre las Distintas Dimensiones del Cuestionario de Personalidad Tipo C.*

		Represión Emocional	Racionalidad	Comprensión
Represión Emocional	Correlación de Pearson	1	-,102	,113
	Sig. (bilateral)		,312	,261
	N	100	100	100
Racionalidad	Correlación de Pearson	-,102	1	,156
	Sig. (bilateral)	,312		,120
	N	100	100	100
Comprensión	Correlación de Pearson	,113	,156	1
	Sig. (bilateral)	,261	,120	
	N	100	100	100

Posteriormente, se procedió a calcular la confiabilidad y estructura factorial de la Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarck y Mermelsteinen, obteniéndose un nivel de confiabilidad aceptable ($\alpha=0.60$), donde los ítems que componen el instrumento presentaron una correlación positiva con el puntaje total de la prueba, con correlaciones que van desde 0,099 (ítem 13) hasta 0,439 (ítem 12), lo que indica que la prueba tiene suficiente consistencia interna (Ver anexo D).

Al realizar el análisis de componentes principales de la estructura factorial de la Escala de Estrés Percibido, se fijó un autovalor de 1,5 y se encontraron dos factores, de los cuales el primero, con un autovalor de 3,91 explicó el 23,37% de la varianza total. Con respecto al segundo factor, arrojó un autovalor de 2,41 y explicó el 21,83% de la

varianza total. De modo que los dos factores explicaron el 45,20% de la varianza total (Ver anexo E).

Luego se obtuvo la matriz factorial rotada por el método varimax y se utilizó como criterio una carga factorial igual o mayor a 0,30 para identificar los ítems que componen cada factor. El primer factor se denominó *Afrontamiento* y está compuesto por los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12 y 13, y hace referencia a la capacidad que tienen los pacientes para enfrentar situaciones estresantes. Por su parte, el segundo factor se denominó *Percepción de Estrés*, estando constituido por los ítems 1, 2, 3, 8, 11 y 14, y está asociado al grado en el cual los pacientes consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada (Ver tabla 3).

Tabla 3. *Matriz Rotada de la Escala de Estrés Percibido Utilizada en la Presente Investigación.*

Items de la prueba	Factor 1	Factor 2
ítem 1		,714
ítem 2	-,328	,536
ítem 3		,759
ítem 4	,657	
ítem 5	,650	
ítem 6	,638	
ítem 7	,588	
ítem 8		,594
ítem 9	,700	
ítem 10	,712	
ítem 11		,764
ítem 12	,496	,436
ítem 13	,476	
ítem 14		,638

En la presente investigación se tomó en cuenta el puntaje total de los pacientes en las dos dimensiones como indicador total del Nivel de Estrés Percibido. De igual manera, se realizó un análisis de correlaciones entre los distintos factores que componen

el Nivel de Estrés Percibido, encontrándose correlaciones bajas, inversas y significativas al 0,05 entre las dimensiones que integran el instrumento (Ver tabla 4)

Tabla 4. *Correlaciones entre las Distintas Dimensiones de la Escala de Estrés Percibido.*

		Percepción de Estrés	Afrontamiento
Percepción de Estrés	Correlación de Pearson	1	-,224*
	Sig. (bilateral)		,025
	N	100	100
Afrontamiento	Correlación de Pearson	-,224*	1
	Sig. (bilateral)	,025	
	N	100	100

*p<.05.

Posterior a la determinación de la confiabilidad y la estructura factorial de las distintas variables, se procedió a la estimación de los estadísticos descriptivos de las distintas variables involucradas en el estudio, a saber: Patrón de Personalidad tipo C, Nivel de Estrés Percibido y Sexo (Ver tabla 5)

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en el estudio.

Escala	Factores	Media	S	C.V.	As	Ku	Min	Max
Personalidad tipo C	Represión Emocional	5,76	2,648	7,013%	-0,381	-1,026	0	9
	Racionalidad	3,83	1,310	1,718%	0,459	-0,012	1	7
	Comprensión	3,16	1,07	1,146%	-1,234	0,638	0	4
Nivel de Estrés Percibido	Afrontamiento	23,47	4,51	20,35%	-0,249	-0,043	11	32
	Percepción de Estrés	12,14	5,029	25,29%	-0,067	-0,575	0	22

En cuanto a la variable Patrón de Personalidad tipo C, donde un mayor puntaje en el cuestionario es indicativo de que el paciente presenta un estilo para afrontar los problemas característico del Patrón de Personalidad tipo C, se encontró que la puntuación mínima fue de 3 y la máxima de 20, donde el promedio de valores ($X=12,75$; $S=3,20$) se encontraban en niveles medios de la escala, lo que indica que los pacientes evaluados presentan moderadamente un estilo para afrontar los problemas característico del Patrón de Personalidad tipo C. Se observa una distribución aproximadamente simétrica ($As=-0,158$), con forma platicúrtica ($Ku=0,08$) y homogénea ($CV=10,25\%$).

En relación a lo anterior, el factor correspondiente a la *Represión Emocional*, se encontró que la puntuación más baja fue de 0 y la puntuación más alta fue de 9 puntos, donde el promedio de los valores ($X=5,76$; $S=2,648$), se encontraba en niveles medios altos de la escala. Asimismo, se observó una distribución aproximadamente simétrica coleada negativamente ($As=-0,381$), con forma platicúrtica ($Ku=-1,026$), y homogénea ($CV=7,013\%$). Lo cual indica que la muestra de pacientes oncológicos presenta de manera moderada tendencia a reprimir las emociones.

Por su parte, el factor *Racionalidad* presentó una puntuación más baja en torno a 1 y una puntuación mayor de 7, donde la mayoría de los pacientes ($X=3,83$; $S=1,310$) manifestó niveles bajos de la escala. De igual forma, se observó una distribución con tendencia a la simetría ($As=0,459$), con forma platicúrtica ($Ku=-0,012$), y homogénea ($CV=1,718\%$). Lo cual indica que la presente muestra de pacientes oncológicos presenta una tendencia baja a usar la razón y la lógica para evitar emociones socialmente negativas.

Por su parte, el factor *Comprensión* presentó como puntuación menor 0 y como puntuación máxima 4, el promedio de los valores ($X=3,16$; $S=1,07$) se encuentran en niveles moderados en la escala, indicando así que los pacientes de la muestra presentan una tendencia a ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos. Se observa una distribución aproximadamente simétrica coleada negativamente ($As=-1,234$) con forma platicúrtica ($Ku=0,638$) y homogénea ($CV=1,146\%$).

Respecto a la variable Nivel de Estrés Percibido, donde un mayor puntaje en la escala es indicativo de que el paciente percibe mayor nivel de estrés, se encontró que la puntuación más baja fue de 16 y la más alta fue de 48, donde el promedio de valores ($X=35,61$; $S=5,96$) se encontraban en niveles altos de la escala, lo que indica que los pacientes evaluados presentan altos niveles de estrés percibido. Se observa una distribución simétrica coleada negativamente a la derecha ($As=-0,56$) con forma platicúrtica ($Ku=0,73$), y altamente heterogénea ($CV=35,49\%$)

En relación con lo anterior, para el factor *Afrontamiento* presentó como puntuación menor 11, y como máxima puntuación 32. El promedio de valores ($X=23,47$; $S=4,51$) se encuentra en niveles medios altos en la escala, lo que indica que los pacientes de la muestra consideran que poseen capacidad para enfrentar situaciones de estrés. Se observa una distribución simétrica coleada negativamente ($As=-0,249$), platicúrtica ($Ku=-0,043$) y heterogénea ($CV=20,35\%$)

Respecto al factor *Percepción de Estrés*, se observó como puntuación mínima 0 y máxima 22, donde la mayoría de los pacientes ($X=12,14$; $S=5,029$) presentan niveles medios en la escala, lo que indica una tendencia moderada a considerar que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada, en los pacientes que integran la muestra. Se evidenció una distribución simétrica coleada negativamente ($As=-,067$) platocúrtica ($Ku=-0,575$) y heterogénea ($CV=25,29\%$)

En relación a la variable Sexo, mediante la prueba t student, se realizó una comparación entre los pacientes femeninos y masculinos. De esta manera, para la variable Nivel de Estrés Percibido, se encontró que la mayoría de las pacientes de sexo femenino obtuvieron puntajes medios en dicha escala ($X=36,254$; $S=6,514$), implica que las mujeres presentaron niveles moderados de estrés percibido. Por otro lado, la mayoría de pacientes masculinos presentan niveles medios de la escala ($X=34,682$; $S=4,982$), esto indica que los hombres presentaron niveles moderados de estrés percibido. De esta forma, se concluye con un alfa de 5% que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a su Nivel de Estrés Percibido ($Sig F 0,139 > 0,05$ $F=2,222$; $t=1,302$) ya que ambos presentan un nivel moderado de estrés.

Respecto a la variable Patrón de Personalidad tipo C, se encontró que las pacientes de sexo femenino obtuvieron puntajes medios en dicha escala ($X=12,46$; $S=3,668$). Esto sugiere que las mujeres presentaron moderadamente características del Patrón de Personalidad tipo C. Por otro lado, la mayoría de los pacientes masculinos presentan niveles medios de la escala ($X=13,17$; $S=2,354$), los cuales resultan superiores a los obtenidos por los pacientes de sexo femenino, lo cual indica que los hombres presentaron moderadamente características del Patrón de Personalidad tipo C. Aunado a esto, se concluye con un alfa de 5% que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al Patrón de Personalidad tipo C ($F Sig F,001 < 0,05$ $F=9,937$; $t=-1,097$ $t sig=0,002$), concretamente, los hombres presentan en mayor medida un estilo para afrontar los problemas característico del Patrón de Personalidad tipo C.

Además se obtuvo estadísticos descriptivos asociados a la edad de los pacientes, los cuales poseen una media de edad de 54 años, comprendidos entre los 20 y 75 años de edad; donde la media de edad en mujeres es de 52 años y la de hombres de 56 años. En cuanto al tipo de cáncer la mayoría de las mujeres padece cáncer de mama, representando el 59,32% de la muestra femenina, seguido del cáncer de cuello uterino con un 15,25%, mientras que la mayoría de los hombres padecen aquellos asociados al sistema urinario o excretor (colon, recto y vejiga), correspondiendo el 63,41% de la muestra masculina, seguido del cáncer de estómago con un 14,63% (Ver tabla 6).

Tabla 6. Descripción de los sujetos según el tipo de cáncer.

Tipo de cáncer	Sexo	
	Mujeres	Hombres
Mama	35	0
Sistema reproductor	9	0
Sistema respiratorio	2	1
Sistema endocrino	1	0
Sistema excretor	2	10
Columna vertebral	0	1
Sistema digestivo	3	6
Sistema urinario	4	16
Piel	0	5
Sangre	1	0
Sistema linfático	2	2
Total	59	41

Por otra parte, se analizaron los supuestos del análisis de correlación simple, los cuales constituyen un prerrequisito para proceder al análisis de las relaciones entre las variables consideradas en la presente investigación; se evaluaron los criterios de normalidad, linealidad, simetría de las variables, e independencia de los errores.

Se observó que las variables se distribuyeron normalmente (Ver anexo F). Asimismo, se encuentra simetría y observaciones independientes entre ellas, de manera que ninguna variable forma parte de la otra u obtienen medidas correlacionadas. Del mismo modo, se evidencia linealidad en sus relaciones (Ver anexo G). Una vez comprobados los supuestos de correlación simple, se procedió a verificar las hipótesis del estudio mediante un análisis de correlaciones de Pearson para describir el grado de interconexión entre las variables Patrón de Personalidad tipo C y Nivel de Estrés Percibido. El análisis se llevó a cabo utilizando como criterio un nivel de significancia de 0,05.

En relación con lo anterior, el análisis arrojó un coeficiente de correlación de $r=0.004$, sugiriendo la ausencia de relación entre las variables Nivel de Estrés Percibido y Patrón de Personalidad tipo C en la muestra de pacientes oncológicos (Ver tabla 7).

Tabla 7. *Coefficiente de correlación de Pearson de la relación entre el Nivel de Estrés Percibido y el Patrón de Personalidad tipo C.*

		Nivel Estrés Percibido	Personalidad tipo C
Nivel Estrés Percibido	Correlación de Pearson	1	,004
	Sig. (bilateral)		,970
Personalidad tipo C	Correlación de Pearson	,004	1
	Sig. (bilateral)	,970	

En síntesis, se puede afirmar que la muestra de pacientes oncológicos evaluada en la presente investigación exhibió una tendencia a presentar características del Patrón de Personalidad tipo C en su estructura de personalidad. Concretamente, manifestaron inclinación a la inhibición de la expresión de emociones socialmente negativas, lo cual se acompaña de una tendencia al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, así como la necesidad de ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

De igual manera, los pacientes reportaron una percepción moderada de Estrés, así como la percepción de que poseen una capacidad moderada de afrontamiento al Estrés; no obstante, en relación a estos últimos resultados, se observó una tendencia a la heterogeneidad en los datos, lo cual sugiere que los valores asociados a la percepción y capacidad de afrontamiento al estrés se encuentran muy separados entre sí, lo cual se traduce a resultados poco consistentes. Aunado a esto, se encontró que hombres y mujeres difieren en relación al Patrón de Personalidad tipo C, donde los hombres presentan en mayor medida características del Patrón de Personalidad tipo C en su estructura de personalidad.

No obstante, en relación al Nivel de Estrés Percibido, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, ya que ambos grupos de pacientes perciben niveles moderados de Estrés. Igualmente, se encontró ausencia de relación entre las variables Nivel de Estrés Percibido y Patrón de Personalidad tipo C en la muestra de pacientes oncológicos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación planteó como objetivo determinar, por medio de un análisis de correlaciones simples de Pearson, si existe relación entre el Patrón de Personalidad tipo C, el Nivel de Estrés Percibido y el Sexo en pacientes oncológicos de ambos sexos (59 mujeres y 41 hombres) que asistían a tratamiento médico en centros hospitalarios de la ciudad de Caracas. Aunado a esto, se exploró si los resultados variaban en función del sexo del paciente, empleando para ello un contraste t de student independiente.

Aunque al principio del estudio se hipotetizó que el Patrón de Personalidad tipo C lo componían las dimensiones: (a) Represión Emocional, (b) Control Emocional y (c) Compresión, de acuerdo a lo planteado por López et al (2002), en la presente investigación los resultados arrojan que dicho patrón está compuesto por las dimensiones de *Represión Emocional*, *Racionalidad* y *Comprensión*; por lo tanto lo hallado no concuerda con lo propuesto en investigaciones previas en relación a la dimensionalidad de constructo, resultados que a su vez no coinciden con lo descubierto por López, et al (2002) en su primera investigación, quienes encontraron que el Patrón de Personalidad tipo C lo componen cinco dimensiones: (a) Represión Emocional, (b) Racionalidad, (c) Control Emocional, (d) Necesidad de Armonía y (d) Comprensión. No obstante, dichos autores en estudios posteriores hallaron que al patrón lo componen las dimensiones de *Control Emocional*, *Represión Emocional* y *Comprensión*, resultados que concuerdan con los factores encontrados por Torres (2006).

Lo anterior demuestra que el Patrón de Personalidad tipo C es una variable multidimensional, ya que lo descubierto se corresponde con lo planteado por Fernández-Ballesteros (1997) quien expresa que una de las críticas que ha recibido el constructo de Patrón de Personalidad tipo C se debe a su molaridad, es decir, por estar constituido por un amplio número de características, lo cual ha generado controversias teóricas.

A pesar de las discrepancias respecto a las dimensiones halladas en la presente investigación y los estudios previos, de las tres dimensiones encontradas, la Represión Emocional, constituye la dimensión que explica en mayor medida el constructo de Patrón de Personalidad tipo C. Este resultado concuerda con lo encontrado por López et al. (2002), Torres (2006) y Temoshok (1985), ya que pese a la molaridad del constructo, el elemento común en el Patrón de Personalidad tipo C implica el bloqueo o contención de la expresión de emociones displacenteras, tales como la ira, la tristeza y la preocupación; resultado que a su vez se relaciona con los hallados por Molina et al. (2009) quienes afirman que el Patrón de Personalidad tipo C se caracteriza por ocultar emociones negativas como la ira o la tristeza, manteniendo una compostura y expresión agradable hacia los demás, incluso si están experimentando una preocupación o enojo bajo una circunstancia en particular.

No obstante, la distinción de las dimensiones encontradas en el estudio pueden ser explicadas por las diferencias transculturales e históricas en el proceso de evaluación de las circunstancias de vida, dada la alta naturaleza subjetiva de la evaluación de una situación o evento; puesto que las motivaciones, los valores, autoconceptos y normas ocupan posiciones centrales en el orden de los criterios y dimensiones de la evaluación de una sociedad, y son distintos en función de la cultura (Fernández, Zubieta y Páez, 2000).

Respecto a la relación entre el Patrón de Personalidad tipo C y el Cáncer, en el presente estudio se encontró que la muestra de pacientes oncológicos evaluada exhibieron una tendencia a presentar características propias del Patrón de Personalidad tipo C en su estructura de personalidad. Concretamente, manifestaron tendencia a la inhibición de la expresión de emociones consideradas como socialmente negativas, tales como la ira, la tristeza y la preocupación, lo cual se acompaña de una tendencia a usar la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, así como la necesidad de ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones displacenteras suscitados por los mismos. Lo anterior concuerda con lo propuesto por Temoshok (1985), evidenciando una relación positiva entre el Patrón de Personalidad tipo C y el volumen de crecimiento tumoral de invasión en pacientes con melanoma. Por

su parte, Porro et al (2012) encontraron que los pacientes oncológicos utilizan en mayor medida la estrategia de regulación emocional que los pacientes sin diagnóstico de cáncer, aunado a una menor manifestación de emociones displacenteras, incluso al utilizar la racionalidad (Herranz et al., 1997).

De igual modo, Amaya y Parra (2010) llegaron a la conclusión de que la Represión Emocional (referida al control de las emociones negativas: ira, preocupación y tristeza) está más presente en los pacientes oncológicos; y que la descarga emocional inapropiada y el control consciente de las emociones, en especial las negativas, podría relacionarse en mayor medida con las repercusiones en la salud y como un factor de riesgo para desarrollar algunos tipos de cáncer. Tal como las autoras explican “este riesgo probablemente radique en el manejo de la expresión emocional y sus efectos fisiológicos (especialmente de la ira y la tristeza), tanto si no se permite tal expresión como si se da de manera muy acentuada” (Amaya y Parra, 2010, p. 83). Demostrando que, para sobrellevar la enfermedad, los pacientes con cáncer utilizan un estilo de afrontamiento dirigido al control y a la no expresión de emociones consideradas como socialmente negativas. Dichos resultados se asocian a que las emociones presentan varios componentes, a saber: (a) la vivencia subjetiva: lo interno, lo que puede estar sintiendo el paciente; (b) reactividad fisiológica; y (c) expresivo o motor: lo que el paciente puede exteriorizar; y aunque las personas bloqueen activamente la expresión emocional, todas las emociones generan reacciones fisiológicas indetenibles, independientemente de la exteriorización de las mismas (Pinto, 2017).

Respecto a la relación entre el Patrón de Personalidad tipo C y el Sexo, en la presente investigación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al Patrón de Personalidad tipo C, concretamente, los hombres presentan en mayor medida características típicas del Patrón de Personalidad tipo C en su estructura de personalidad. Dichos resultados no concuerdan con los hallados por Molina et al. (2009) y Herranz et al (1997) quienes mediante un estudio con pacientes oncológicos femeninas encontraron que el Patrón de Personalidad tipo C está presente en este grupo, independientemente del tipo de Cáncer, hallando puntuaciones altas en Racionalidad y Defensividad Emocional, así como en Necesidad

de Armonía una tendencia a poner en el lugar de los otros y entenderlos, a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Según Fernández et al. (2000) las diferencias en la conducta emocional de ambos sexos radica en los roles de género, encontrando que las naciones donde predominan características más femeninas son Chile, Guatemala y El Salvador, y se caracterizan por ser sociedades en las que los roles sexuales están socialmente muy imbricados, en donde se observa la necesidad de una relación más expresiva, caracterizada por la modestia, la preocupación por los demás y la importancia dada a la calidad no material de la vida; mientras que las sociedades donde prevalecen características masculinas son Venezuela y México, evidenciando roles sexuales muy diferenciados socialmente y, en las cuales, el rol masculino se caracteriza por la necesidad de realización, la asertividad, el uso de la fuerza y la importancia dada al éxito material. Como expresan los autores “podríamos decir que las culturas más femeninas se caracterizan por su expresividad, mientras que en las más masculinas es la instrumentalidad lo que prevalece” (Fernández et al., 2000; p. 8).

Asimismo, sugieren que las personas de culturas donde prevalecen las características femeninas, valoran más el apoyo social y el emocional que en las masculinas, caracterizadas por una mayor dureza y competencia, así como por una mayor diferenciación de género, en donde los hombres deben ser duros, expresar y vivenciar menos las emociones (con excepción del enojo y el orgullo), mientras que las mujeres pueden expresar más las emociones, particularmente las consideradas como socialmente negativas si viven en culturas expresivas o femeninas (Fernández et al., 2000). Lo anterior explica por qué los hombres presentaron en mayor medida un Patrón de Personalidad tipo C, evidenciando que los hombres venezolanos tienen una predisposición cultural a desarrollar este estilo comportamental para afrontar diversas situaciones de la vida, incluso el padecer de cáncer, lo cual resulta adaptativo para dicha sociedad.

Asimismo, se pudo evidenciar que la asistencia de pacientes oncológicos de sexo femenino a los hospitales resulta mayor, en comparación a los pacientes masculinos; aunado a que las mujeres aceptaban en mayor medida participar en el estudio, mientras que los hombres se rehusaban a participar en la investigación, o negaban la existencia de diagnóstico oncológico, afirmando que eran acompañantes de otro paciente. Por tal motivo, la cantidad de pacientes oncológicos femeninas resultó mayor (mujeres=59 ; hombres=41).

Lo anterior concuerda con el planteamiento de Delgado (2001) quien justifica la mayor presencia de la mujer en las consultas médicas se asocia a que estas presentan una peor percepción de su salud, así como una mayor restricción de sus actividades, un mayor número de síntomas, mayor sensación de dolor y una mayor notificación de enfermedades crónicas que los varones. Asimismo, Lara et al. (1996) hallaron que existen diferencias importantes entre hombres y mujeres respecto a la solicitud de ayuda médica formal, ya que las mujeres buscan más la ayuda médica formal y menos la de amigos, familiares, la automedicación, etc.

Por su parte, Hankin (citado en Lara et al. 1996) plantea que a los hombres les cuesta más trabajo reconocer sus problemas de salud y solicitar ayuda que a las mujeres. Aunado a esto, entre las razones que ofrecen los pacientes para no solicitar ayuda médica, Lara et al. (1996) encontraron que los hombres refieren que les preocupa perder dinero por dejar de trabajar y piensan que alguna otra persona los puede ayudar, es decir, su papel principal de proveedor se ve amenazado, además manifiestan que no les resulta fácil acercarse a pedir ayuda formal; en cuanto a las mujeres, las razones para no solicitar ayuda se debe a la vergüenza, porque nadie podría ayudarlas, y por no disponer de los servicios y la ayuda para el cuidado de los hijos mientras asisten al servicio médico. No obstante, autores como Gómez, Pérez y Marset (citado en Lara et al 1996) consideran que la edad o el sexo de los pacientes no condicionan las características de la demanda de atención sanitaria y sí sus patologías.

Por otro lado, al analizar el comportamiento de la variable Nivel de Estrés Percibido, los resultados arrojaron que está compuesta por dos dimensiones, a saber: (a) Percepción de Estrés, asociada al grado en que el individuo considera que la vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada; y (b) Afrontamiento, relacionado con la capacidad que tienen los sujetos para enfrentar situaciones estresantes. Dichas dimensiones se corresponden con las halladas en los estudios previos de Campos-Arias et al. (2014), Salgado-Madrid et al. (2003) y Lostaunau y Torrejón (2013).

Además, se encontró que los pacientes manifestaron niveles moderados de estrés percibido, con una percepción y capacidad de afrontamiento al estrés moderada. Lo anterior concuerda con lo hallado por Garay et al. (2012) quienes reportan que el 64% de los pacientes presentan estrés en niveles de medio a alto. De esta manera, el cáncer sí está asociado al estrés psicológico, ya que es una enfermedad que involucra cambios de apariencia física y la capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios que repercuten directamente en su estado emocional, lo cual puede ser una fuente de estrés (Garay et al., 2012).

Del mismo modo, Comín et al. (2003) afirman que el Estrés genera en el individuo una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas. Generalmente se trata de disfunciones que son potencialmente peligrosas, ya que afectan la funcionalidad de los órganos del individuo, dentro de las cuales se encuentra la patología oncológica. Dicha relación entre el Nivel de Estrés Percibido y el Cáncer la evidencia autores como Anisman y Zacharko (citado en Viollaz, 2004) planteando que las situaciones constantes de estrés suprimen la actividad del sistema inmune y dejan a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a infecciones y enfermedades, incluyendo el desarrollo de cierto tipo de tumores.

Asimismo, en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas en el Nivel de Estrés Percibido en función del Sexo, ya que ambos grupos de pacientes perciben niveles moderados de estrés. Resultado que no concuerda con lo hallado por Cooper (citado en Garay et al., 2012) quien plantea que las pacientes femeninas son más vulnerables al estrés, ya que el estrés está asociado a los roles de

género que estas ejercen, tales como el cuidado y atención de la familia y la pareja, siendo incapaces de mantener dicho rol bajo un proceso de hospitalización, así como el dolor y la posible desfiguración que trae consigo esta enfermedad. Aunado a esto González y Landero (2008) hallaron diferencias en la percepción y manejo de situaciones estresantes en función del sexo, en donde las mujeres presentan niveles más altos de estrés que los hombres, así como mayores síntomas psicósomáticos.

La discrepancia con los estudios anteriores se puede deber a que el estrés genera un estado de desequilibrio en el organismo independientemente del sexo, en donde mujeres y hombres venezolanos, manifiestan por igual una disposición a realizar una valoración personal de un estímulo como amenazante, sobre todo el padecer de Cáncer, puesto que dicho diagnóstico genera un efecto negativo en la vida cotidiana; pudiendo intervenir factores de tipo personal como la preocupación de la mujer por mantener el cuidado de la familia mientras está en el proceso de hospitalización, incluyendo el cambio de apariencia que trae consigo la enfermedad, y en los hombres el sentirse incapaces de ser el sostén económico de la familia, reduciendo así sus ingresos y su sensación de ser útiles para la familia (Garay et al., 2012).

Del mismo modo, el que ambos grupos perciban niveles moderados de estrés, puede estar asociado a factores de tipo social, los cuales fueron observados en el presente estudio, especialmente la crisis sociopolítica bajo la cual está sujeta la población venezolana en los últimos tiempos, situación que conlleva a una inestabilidad en el estilo de vida y a una constante percepción de amenaza, la cual afecta por igual a los venezolanos, independientemente de su género, ya que se ven afectados los ingresos familiares, la seguridad alimentaria y los servicios sanitarios, áreas donde la mayoría de los pacientes expresaron sentirse angustiados.

En cuanto a la relación entre las variables Patrón de Personalidad tipo C y Nivel de Estrés Percibido, en la presente investigación se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables. De esta manera, se apoya la concepción del Patrón de Personalidad tipo C como un tipo de personalidad premórbida, es decir, el patrón con el que contaba la persona antes de la aparición de la enfermedad

tal como plantea Graham (citado en Viollaz 2004), y no como se hipotetizaba inicialmente: un estilo de afrontamiento frente a situaciones estresantes como el padecer de cáncer.

Por lo tanto los resultados obtenidos son contrarios al planteamiento de autores como Temoshok (1997) quien propone que el Patrón de Personalidad tipo C se trata de un estilo de afrontamiento que desarrolla el individuo frente a sucesos estresantes que se caracteriza por ser cooperativo y tranquilo, poco asertivo, paciente, con tendencia a la inexpressión de las emociones negativas, particularmente la ira, y sumiso ante la autoridad.

En relación con lo anterior, autores como Porro et al. (2012) plantean una discusión respecto a que la supresión de la expresión emocional o el tipo de estilo de expresividad pueden determinar el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso o, por el contrario, es el cáncer el que posee un rol facilitador para el desarrollo de formas específicas de estilos de afrontamiento o de regulación emocional para hacer frente a dicha enfermedad. De acuerdo a lo obtenido en el presente estudio, resulta posible plantear que la supresión de la expresión emocional, la cual constituye una dimensión perteneciente al Patrón de Personalidad tipo C, puede facilitar el desarrollo de una patología oncológica, lo cual se asocia a los resultados obtenidos por Andreu (1998) quien afirma que la personalidad tipo C ha sido asociada con una mayor probabilidad de presentar enfermedades neoplásicas y un peor pronóstico en su evolución; lo cual, a su vez, se relaciona con lo planteado por Hidalgo (2005) quien señala que desde hace varios años se ha venido constatando que las variables de tipo psicosocial, específicamente los estados emocionales negativos, son capaces de modificar la función inmunológica, y de esta manera, dejan al individuo más propenso al desarrollo de enfermedades. En esta misma línea, el DSM IV establece que rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento tales como la hostilidad y un estilo de afrontamiento represor pueden constituir un factor de riesgo para una enfermedad física.

Concretamente, los resultados hallados en la presente investigación resultan cónsonos con el planteamiento de Graham (citado en Viollaz, 2004) quien halló que el cáncer se asocia a una personalidad precancerosa, la cual se caracteriza por la inhibición emocional, negación, represión, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, estoicismo, laboriosidad, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. Dichas características conforman lo que se denomina como personalidad tipo C.

En el presente estudio, se evidenció que la variable Patrón de Personalidad tipo C aunque obtuvo puntajes medios en la muestra, su distribución en la misma es platicúrtica, esto implica que los sujetos en dicha variable se encuentran dispersos con un reducido grado de concentración alrededor de los datos centrales (Kerlinger y Lee, 2002). Al no haber una concentración de datos en un punto medio específico de la distribución en la variable patrón de personalidad tipo C, no puede haber una asociación significativa de ésta con la variable Nivel de Estrés Percibido, donde esta última presentó de igual forma una distribución platicúrtica, ya que los pacientes obtuvieron puntajes muy diversos en cuanto al patrón y el nivel de estrés percibido. Tal distribución de los datos se puede deber a la intervención otras variables, como el hecho de realizar el estudio en un contexto hospitalario, el grado de instrucción de los participantes o el tamaño de la muestra empleado.

En síntesis, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, resulta posible afirmar que la muestra de pacientes oncológicos evaluados en hospitales del Área Metropolitana de Caracas, poseen en su estructura de personalidad características del Patrón de Personalidad tipo C, como una inclinación a la inhibición de la expresión de emociones socialmente negativas, lo cual se acompaña de una tendencia al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, y una necesidad de ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos, las cuales se encontraban presentes previo a la aparición de la enfermedad, puesto que se halló que el Patrón de Personalidad tipo C se trata de un tipo de personalidad premórbida, es decir, el patrón con el que contaba la

persona antes de la aparición de la enfermedad, y no como se hipotetizó inicialmente: un estilo de afrontamiento frente a situaciones estresantes como el padecer de cáncer.

Asimismo, los pacientes reportaron una percepción moderada de estrés, así como la percepción de que poseen una capacidad moderada para hacer frente al mismo; no obstante, en relación a estos últimos resultados, se observó una tendencia a la heterogeneidad en los datos, lo cual sugiere que los valores asociados a la percepción y capacidad de afrontamiento al estrés se encuentran muy separados entre sí, esto se traduce a resultados poco consistentes. Aunado a esto, se encontró que hombres y mujeres difieren en relación al Patrón de Personalidad tipo C, donde los hombres presentan en mayor medida características del Patrón de Personalidad tipo C en su estructura de personalidad.

En relación al Nivel de Estrés Percibido, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, ya que ambos grupos de pacientes perciben niveles moderados de estrés. Igualmente, se encontró ausencia de relación entre las variables Nivel de Estrés Percibido y Patrón de Personalidad tipo C en la muestra de pacientes oncológicos.

A partir de los resultados obtenidos resulta posible afirmar que determinadas características de personalidad como la Represión Emocional, Racionalidad y Comprensión, las cuales configuran el Patrón de Personalidad tipo C, en combinación con niveles moderados de estrés percibido, y factores emocionales, biológicos, y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer (Viollaz, 2004).

CONCLUSIONES

En la presente investigación se pudo verificar que el Patrón de Personalidad tipo C es un constructo multidimensional, dado que la medición de la misma arrojó tres dimensiones, que corresponden a la Represión Emocional, la Racionalidad y la Comprensión, confirmándose la molaridad que caracteriza al constructo propuesta en investigaciones previas.

Partiendo de los hallazgos obtenidos, es posible afirmar que la muestra de pacientes oncológicos evaluada en el estudio presentan en su estructura de personalidad características del Patrón de Personalidad tipo C, concretamente presentaron tendencia a la inhibición de emociones socialmente negativas, que se acompaña de una tendencia a usar la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, así como de la necesidad de ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al Patrón de Personalidad tipo C, donde los hombres presentan en mayor medida características de dicho patrón en su estructura de personalidad, tales como la represión de las emociones negativas y el uso de la razón y la lógica. Por lo cual estos hallazgos demuestran que el constructo de Personalidad tipo C no es propio de las pacientes oncológicas de sexo femenino. Igualmente, se encontraron diferencias relacionadas a la asistencia a servicios hospitalarios, observando que las mujeres son quienes recurren en mayor medida a estos servicios ante la aparición de síntomas físicos.

Se pudo encontrar que los pacientes oncológicos exhibieron altos Niveles de Estrés Percibido, así como una percepción y capacidad de afrontamiento al estrés moderada. Igualmente, no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, ya que tanto hombres como mujeres perciben por igual niveles moderados de Estrés.

Por otro lado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre el Nivel de Estrés Percibido y el Patrón de Personalidad tipo C, lo cual constituye un apoyo a la concepción de este último como un tipo de personalidad premórbida, es decir, el patrón con el que contaba la persona antes de la aparición de la enfermedad, y no como un estilo de afrontamiento frente a situaciones estresantes como el padecer de Cáncer o a la enfermedad, tal como se hipotetizó inicialmente según la literatura.

De esta manera, los resultados encontrados en el presente estudio, ofrecen evidencia empírica respecto a los factores psicológicos que pueden incidir en la aparición y evolución de la patología oncológica, dado que características de personalidad como la tendencia a la inhibición de emociones displacenteras como la ira, la tristeza y la preocupación, así como la tendencia a usar la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, y la necesidad de ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos, acompañado de una percepción moderada de estrés, presentó relación con el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso, resultados que son de utilidad para llevar a cabo acciones preventivas de intervención y comprensión asociadas a la enfermedad.

Asimismo, los resultados obtenidos en la presente investigación son de interés para futuras investigaciones e intervenciones en las que se consideren pacientes oncológicos que asistan a los centros asistenciales oncológicos en la ciudad de Caracas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Considerando los aspectos teóricos y empíricos del presente estudio, se pueden puntualizar ciertas limitaciones en el mismo:

- El haber realizado un análisis estadístico de correlaciones simples no permite determinar qué variable influye sobre la otra, existiendo una falta de variables independientes y dependientes, por lo cual no se puede establecer relaciones de causalidad entre las variables del presente estudio.
- El no controlar la etapa del tratamiento pudo haber influido en los resultados del estudio, ya que de acuerdo a la literatura los pacientes parecen mostrar diferentes expresiones emocionales y afectivas dependiendo de la evolución del tratamiento, es decir, conocimiento del diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y seguimiento periódico.
- El haber administrado los instrumentos bajo un contexto sociopolítico de inestabilidad que atravesó Venezuela entre marzo a mayo de 2017, generó un clima de tensión y ansiedad en la población venezolana, lo cual pudo haber afectado los resultados en relación al nivel de estrés percibido, interviniendo factores de tipo social distintos a la enfermedad oncológica.

Además, se considera importante resaltar algunas recomendaciones para posteriores estudios en el área oncológica, entre estas se encuentran:

- Incluir el nivel de instrucción de los pacientes como una variable a ser estudiada, para determinar si dicha variable influye en la comprensión de los ítems y por ende en los resultados obtenidos en los instrumentos.
- Considerar la edad de los sujetos como una variable a ser estudiada, a fin de verificar si existe variación en el Nivel de Estrés Percibido en distintos grupos de etarios, y para determinar si el Patrón de Personalidad tipo C se presenta tanto en

personas jóvenes como en mayores, comprobando si existen diferencias significativas en función de la edad.

- Utilizar una muestra que esté conformada por pacientes oncológicos y personas sanas, para comparar si los pacientes oncológicos exhiben mayores niveles de estrés percibido al padecer de la enfermedad, y si el Patrón de Personalidad tipo C es propio del Cáncer.
- Ampliar el tamaño de la muestra con el objetivo de incrementar la fiabilidad de las correlaciones obtenidas, ya que los estadísticos empleados resultan sensibles al tamaño muestral.
- Utilizar instrumentos que sean más breves con ítems relacionados a la enfermedad, ya que la aplicación de los mismos suele realizarse en las salas hospitalarias, espacios que dificultan llenar cuestionarios extensos, aunado a esto, el estado físico de muchos de los pacientes dificulta que cuestionarios tan largos sean completados, y les fatiga por ser una población con diagnóstico clínico.
- Utilizar una muestra más homogénea en relación al tipo de cáncer, estableciendo categorías equivalentes que puedan ser susceptibles al contraste estadístico; de este modo se compararían los grupos con el objetivo de determinar si existen diferencias en la manifestación del patrón de personalidad tipo C en función del cáncer.
- Considerar otro tipo de emociones distintas a la ira y la tristeza, para determinar cómo son manejadas por los pacientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, A.C., Gordillo, L.D., & Restrepo-Forero, M. (2006). Validación del cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en Medición*, (4), 91-112. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/9013/7036/4863/Validacin_Del_Cuestionario_PCTC_En_Poblacin_Colombiana.pdf
- Amaya, A., & Parra, E. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(1), 70-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16716203.pdf>
- American Psychological Association.(2015). *Divisions of APA*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division>
- Andreu, Y. (1998). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta tipo C. *Análise Psicológica*, 4(16), 569-579. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a03.pdf>
- Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2016). *Fases de la enfermedad*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/ELCANCER/Paginas/Fasesdelaenfermedad.aspx>
- Barceló, G., & Moncada, M. (2009). *Influencia del estado civil, la edad, el apoyo social, estrategias de afrontamiento y represión emocional sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Bear, S. (2006). *La psicología de la salud*. Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Campos-Arias, A., Oviedo, H., Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>

- Capote, L. (2006). Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. *Revista Venezolana de Oncología*, 18(4), 269-281. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822006000400011&script=sci_arttext&tlng=en
- Cardenal, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales (el estilo de evitación emocional) y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología* (5), 36-52. Recuperado de www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/208254.pdf
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492010>
- Comín, E., de la Fuente, I., & Gracia, A. (2003). El estrés y riesgo para la salud. Recuperado de <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404
- Cooper, C.L., & Davies-Cooper, R.F. (1986). A prospective study of the relationship between breast cancer and life events, type A behaviour, social support and coping skills. *Stress Medicine*, 2, 271-277. Doi: 10.1002/smi.2460020314
- Cooper, C.L., & Faragher, E.B. (1992). Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, 22, 447-455. Doi: 10.1017/s0033291700030397
- Cooper, C.L., & Faragher, E.B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662. Doi: 10.1017/s0033291700025435
- Delgado (2001). Salud y género en las consultas de atención primaria, *Revista Atención Primaria*, 27(2), 75-78. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-salud-genero-las-consultas-atencion-S021265670178777X>
- De Jongh, S. (2007). *El tipo de cáncer, el estadio en que se encuentra, el sexo, la edad y el apoyo social como predictores de la calidad de vida de pacientes con cáncer.* (Trabajo de Grado de Especialización no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

- Escuela de Psicología (2002). Introducción Escuela de Psicología (2002). Contribuciones a la Deontología de la investigación en Psicología. UCAB: Caracas, Venezuela.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de psicología general y aplicada*, 50(4), 447-464. Recuperado de www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2365118.pdf
- Fernández, I., Zubieta, E., & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?*, 73-98. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
- Figueroa-Varela, M., Valadez-Sierra, M., Rivera-Heredia, M. E., Montes-Delgado, R., & González-Betanzos, F. (2015). Instrumento para evaluar la personalidad en mujeres hispanohablantes con cáncer de mama. *Uaricha*, 12(28), 109-123. Recuperado de http://revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1228_109-123.pdf
- Fonticiella, P., Echeverría, D., & Almeida, A. (2001). Comportamiento del cáncer de mama en el municipio Consolación del Sur. *Revista Cubana Enfermería*, 17(2), 116-121. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000200009
- Garay, J., Moysen, A., Esteban, J.M., Balcázar, P., & Gurrola, G.M. (2012). Acontecimientos productores de estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 1(2), 46-57. Recuperado de <http://www.facico-uaemex.mx/2014-2018/descargas/revista/no2.pdf>
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M.F., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (20), 50-75. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2604388>
- Ginés, J., Fernández, F., & Rifá, J. (2007). Inhibidores de la aromatasa en el tratamiento adyuvante de pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama. *Farmacia Hospitalaria*, 31(1), 5-16. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-pdf-13118133-S300

- González, M.T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61. Recuperado de <http://www.monica-gonzalez.com/2006%20teoria%20transaccional%20sx.pdf>
- González, M.T., & Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410. Recuperado de http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Gonzalez_Ramirez_2008_articlePSStranslation.pdf
- Herraiz, F., Jimenez, A., Montijano, M., C. Herrera, I., Zambrana, J. (2005). ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Anales de medicina interna*, 22(11) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005001100003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante* (5ta ed.). Madrid: PRENTICE HALL.
- Hernandez-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Herranz, J.S., de la Calle, N.M., & Bueno, M.J. (1997). Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1), 93-126. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>
- Hidalgo, M. (2005). *Sobreadaptación y Enfermedad Psicósomática* (Trabajo de Grado de Especialización no publicado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
- Jex, S.M., Beehr, T.A., & Roberts, C.K. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77(5), 623-628. Doi: 10.1037/0021-9010.77.5.623
- Kaufman, A. (1989). *La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales*. Madrid: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. & Lee H. (2002). *Investigación del Comportamiento* (4ta ed.). México: McGraw-Hill

- Lara, M., Medina-Mora, M., Salgado, V., Acevedo, M., Díaz-Pérez, M., Villatoro, J. (1996). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, 19(2). Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm1902/sm190242.pdf?PHPSESSID=f6af5c5d9d047580644f003e5b60d038>
- López, A.E., Ramírez, C., Esteve, R., & Anarte, M.T. (2002). El constructo tipo C: una contribución a su definición a partir de datos. *Psicología Conductual*, 10(2), 229-249. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235759222_El_constructo_Tipo_C_una_contribucion_a_su_definicion_a_partir_de_datos_empiricos
- Lostanau, A.V., & Torrejón, C.S. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama* (Trabajo de grado de Magister publicado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). Anuario de Mortalidad en Venezuela 2013. Recuperado de <http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
- Molina, C.E., Hernández, O.R., & Sarquis, Z.E. (2009). Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4), 171-187. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/15498/14729>
- Monreal, M. (2011). *Instituto Superior de Estudios Psicológicos*. Recuperado de <http://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/el-importante-papel-del-psicooncologo-en-la-aceptacion-y-superacion-del-cancer/>
- Omar, A.G. (1995). *Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: LUMEN.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *El Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ospina, L.V., & Quevedo, Z.Y. (2008). *Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas* (Trabajo de grado de Licenciatura). Universidad Católica Popular del Risaralda, Pereira, Colombia.
- Peña, G., Cañoto, Y., & Santalla, Z. (2009). *Una introducción a la psicología*. Caracas: Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello.

- Pervin, A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pettingale, K. W. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: biological considerations. *Social Science & Medicine*, 20(8), 779-787.
Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/20748450_Towards_a_psychobiological_model_of_cancer_Biological_considerations
- Pinto, E. (2017, Mayo). *Trastornos con síntomas somáticos y otros trastornos relacionados*. Caracas, Venezuela.
- Porro, M.L., Andrés, M.L., & Rodríguez-Espinola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881010>
- Remor, E., & Carrobles, J.A. (2002). *Versión española de la Escala de Estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/ansiedad/estres-62/version-espanola-de-la-escala-de-estres-percibido-pss-14-estudio-psicometrico-en-una-muestra-vih/>
- Salgado-Madrid, M., Mo-Carrascal, J., & Monterrosa-Castro, Á. (2003). Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(2), 318-326. Recuperado de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1179/1089>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
- Santalla-Banderalli, Z. (2010). *Diseños no experimentales*.
- Santalla-Banderalli, Z., Pérez-Antelo, A., Colmenares, C., D' Aubeterre, M., Pocaterra, M. & Uribe, S. (2011). *Introducción a la metodología de la investigación en psicología*. Diseños de investigación: nociones básicas.
- Temoshok, L., Heller, B.W., Sagebiel, R.W., Blois, M.S., Sweet, D.M., Diclemente, R.J., y otros. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicator in cutaneous malignant melanoma. *Journal of psychosomatic research*, 29(2), 139-153. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90035-2](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(85)90035-2)

- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567. Recuperado de <https://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=kqdy0192>
- Torres, A.M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563-573. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750311>
- Vía-Orellana, F. (2002). Estilos de dirección y género. *Publicaciones ajayu*, 1(1), 155-171. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a10.pdf>
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(2), 161-168. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000200004
- Viollaz, M. (2004). *Influencia del estrés y la personalidad en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- Waggoner, S.E. (2003). Cervical cancer. *The Lancet*, 361, 2217-2225. Doi: 10.1016/s0140-6736(03)13778-6

ANEXOS

ANEXO A

MODIFICACIÓN DE ÍTEMS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-14) Y DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO C (CPC)

Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

- Ítem 1: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado sobrecargado por alguna situación?
- Ítem 2: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de manejar las cosas importantes de su vida?
- Ítem 4: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha enfrentado efectivamente los cambios importantes ocurridos en su vida?
- Ítem 8: En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido no poder enfrentar todas las cosas que debía realizar?
- Ítem 9: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido manejar las dificultades de su vida?
- Ítem 10: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que puede enfrentar todo lo que ocurre en su vida?
- Ítem 11: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto(a) porque los sucesos que le han ocurrido estaban fuera de su capacidad para manejarlos?
- Ítem 13: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido realizar sus actividades y responsabilidades a tiempo?
- Ítem 14: Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede resolverlas?

Cuestionario de Personalidad Tipo C (CPC)

- Ítem 1: Cuando estoy molesto(a) me controlo y no muestro mi molestia
- Ítem 2: Cuando estoy preocupado(a) me controlo y no muestro mi preocupación
- Ítem 3: Normalmente me comporto según como me sienta en ese momento
- Ítem 4: Mi estado de ánimo influye en la forma en que me comporto
- Ítem 5: Muestro lo que siento cuando discuto con otras personas
- Ítem 6: Actúo dejándome llevar por las emociones y no por la razón

- Ítem 7: Hago las cosas dejándome llevar por mis emociones
- Ítem 8: Actúo guiado(a) por lo que razono
- Ítem 9: Actúo usando la razón y no me dejo llevar por mis impulsos
- Ítem 10: Le hago caso a mis sentimientos
- Ítem 11: Cuando estoy triste disimulo mi tristeza
- Ítem 12: Cuando estoy triste intento disimular que estoy triste
- Ítem 13: Cuando estoy molesto(a) disimulo mi molestia
- Ítem 14: Cuando estoy preocupado disimulo mi preocupación
- Ítem 15: Cuando estoy bravo(a) intento disimular poniendo buena cara
- Ítem 16: Cuando estoy molesto(a) me da igual que los demás se den cuenta y se forme un problema
- Ítem 17: Me parece que expresar la tristeza es una debilidad
- Ítem 18: Estoy dispuesto(a) a renunciar a cosas por contentar a las personas que me importan
- Ítem 19: Estoy dispuesto(a) a sacrificarme por las personas que me importan para llevarme bien con ellas
- Ítem 20: Estoy dispuesto(a) a no discutir por las personas que quiero
- Ítem 21: Soy comprensivo(a) incluso con la gente que me cae mal
- Ítem 22: Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y trato de comprender por qué ha hecho eso
- Ítem 23: Intento entender a los demás aunque me caigan mal
- Ítem 24: Puedo comprender a las personas que hacen cosas que van en contra de mis intereses
- Ítem 25: Justifico a los demás aunque hagan cosas en contra de mis intereses o en mi contra
- Ítem 26: Me resulta imposible comprender y tratar justamente a alguien que me ha herido

ANEXO B

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO C

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,618	,609	26

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item 1	15,28	11,941	,279	.	,598
item 2	15,24	11,942	,290	.	,597
item 3	15,29	13,258	-,108	.	,642
item 4	15,35	13,018	-,043	.	,636
item 5	15,34	13,479	-,168	.	,650
item 6	15,71	12,612	,119	.	,616
item 7	15,68	12,604	,110	.	,617
item 8	14,99	12,919	,061	.	,619
item 9	15,09	13,073	-,039	.	,630
item 10	15,06	12,885	,038	.	,622
item 11	15,27	11,391	,457	.	,577
item 12	15,25	11,503	,429	.	,580
item 13	15,36	11,465	,413	.	,581
item 14	15,36	11,566	,381	.	,585
item 15	15,23	11,977	,282	.	,598
item 16	15,61	12,867	,010	.	,628
item 17	15,43	12,066	,228	.	,604
item 18	15,21	11,743	,367	.	,589
item 19	15,13	11,852	,380	.	,589
item 20	15,23	12,320	,174	.	,611
item 21	15,06	12,683	,118	.	,615
item 22	15,26	12,437	,132	.	,615
item 23	15,03	12,474	,231	.	,606
item 24	15,29	11,764	,332	.	,592
item 25	15,44	11,683	,344	.	,590
item 26	15,56	12,512	,110	.	,618

ANEXO C

ANALISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO C

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,637
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	761,766
	gl	300
	Sig.	,000

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,138	16,550	16,550	3,210	12,838	12,838
2	2,893	11,571	28,121	2,068	8,270	21,108
3	2,329	9,316	37,437	1,839	7,355	28,463
4	1,666	6,664	44,101	1,493	5,974	34,437
5	1,425	5,700	49,801			
6	1,328	5,313	55,115			
7	1,235	4,938	60,053			
8	1,145	4,581	64,634			
9	1,009	4,036	68,670			
10	,900	3,602	72,272			
11	,887	3,549	75,821			
12	,752	3,008	78,830			
13	,675	2,702	81,532			
14	,605	2,420	83,951			
15	,576	2,305	86,256			
16	,541	2,163	88,419			
17	,489	1,955	90,373			
18	,410	1,638	92,012			
19	,408	1,631	93,643			
20	,384	1,534	95,177			
21	,334	1,335	96,512			
22	,275	1,101	97,613			
23	,242	,968	98,581			
24	,196	,785	99,366			
25	,158	,634	100,000			

ANEXO D

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,603	,606	14

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item 1	33,21	28,693	,369	,402	,556
item 2	34,16	32,762	,112	,396	,609
item 3	33,38	28,965	,400	,446	,551
item 4	32,90	31,384	,288	,404	,577
item 5	32,73	33,149	,130	,382	,602
item 6	32,63	33,084	,151	,404	,599
item 7	32,77	32,704	,185	,337	,593
item 8	33,80	30,505	,316	,318	,570
item 9	32,72	33,375	,169	,539	,596
item 10	32,57	33,823	,099	,523	,605
item 11	33,28	29,315	,324	,503	,567
item 12	32,37	29,993	,439	,324	,552
item 13	32,72	32,648	,160	,213	,598
item 14	33,69	31,145	,188	,390	,597

ANEXO E

ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,738
	Chi-cuadrado aproximado	402,487
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	91
	Sig.	,000

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,912	27,946	27,946	3,272	23,369	23,369
2	2,415	17,249	45,195	3,056	21,826	45,195
3	1,173	8,382	53,577			
4	1,061	7,582	61,159			
5	,834	5,955	67,114			
6	,734	5,245	72,359			
7	,705	5,034	77,393			
8	,656	4,687	82,081			
9	,587	4,191	86,272			
10	,542	3,872	90,144			
11	,434	3,098	93,241			
12	,402	2,873	96,114			
13	,303	2,161	98,275			
14	,241	1,725	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

ANEXO F

ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES PATRÓN DE PERSONALIDAD TIPO C Y NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Nivel Estrés Percibido
N		100
Parámetros normales ^{a,b}	Media	35,6100
	Desviación típica	5,95759
	Absoluta	,086
Diferencias más extremas	Positiva	,071
	Negativa	-,086
Z de Kolmogorov-Smirnov		,859
Sig. asintót. (bilateral)		,452

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

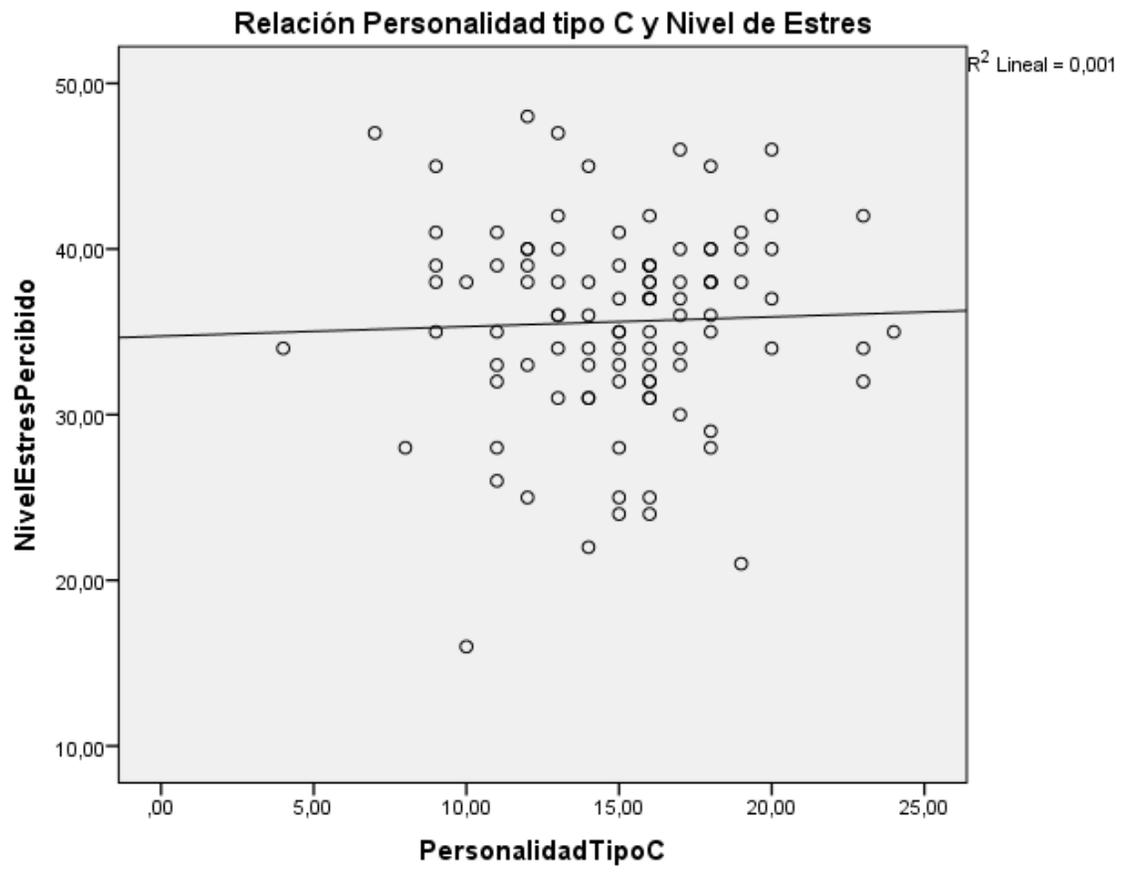
		PersonalidadTipoC
N		100
Parámetros normales ^{a,b}	Media	14,9900
	Desviación típica	3,59712
	Absoluta	,101
Diferencias más extremas	Positiva	,079
	Negativa	-,101
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,011
Sig. asintót. (bilateral)		,258

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

ANEXO G

ANÁLISIS DE LINEALIDAD DE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIBLES PATRÓN DE PERSONALIDAD TIPO C Y NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO



ANEXO H

ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

La presente comunicación está dirigida a solicitarle su participación voluntaria en el estudio de “La relación entre la personalidad tipo C, nivel de estrés percibido y sexo en pacientes oncológicos”. Los datos suministrados serán utilizados con propósitos estrictamente académicos, asimismo su identidad será resguardada, ya que la información que usted proporcione será anónima.

Sexo: F ___ M ___

Edad: _____

Centro de salud donde está siendo atendido:

Tipo de cáncer que padece: _____

ANEXO I

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-14)

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con su nivel de estrés percibido. Responde marcando con una “X” en la casilla correspondiente en función de la frecuencia con la que esto te ocurre. Es importante que respondas a los 14 enunciados, considerando tu opinión, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Nunca 0	Casi nunca 1	De vez en cuando 2	A menudo o 3	Muy a menudo 4
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado sobrecargado por alguna situación?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de manejar las cosas importantes de su vida?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha enfrentado efectivamente los cambios importantes ocurridos en su vida?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le salen bien?					

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido no poder enfrentar todas las cosas que debía realizar?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido manejar las dificultades de su vida?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que puede enfrentar todo lo que ocurre en su vida?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto(a) porque los sucesos que le han ocurrido estaban fuera de su capacidad para manejarlos? Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre aquellas cosas que le quedan por lograr?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido realizar sus actividades y responsabilidades a tiempo?					
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede resolverlas?					

ANEXO J

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO C (CPC)

A continuación se le presentan una serie de preguntas, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la opción de su preferencia. Ninguna respuesta es falsa o verdadera, por lo tanto no deje ninguna pregunta sin contestar. Le recordamos que la información proporcionada es confidencial y será tomada de forma anónima. Agradecemos su colaboración.

	SI	NO
Cuando estoy molesto(a) me controlo y no muestro mi molestia		
Cuando estoy preocupado(a) me controlo y no muestro mi preocupación		
Normalmente me comporto según como me sienta en ese momento		
Mi estado de ánimo influye en la forma en que me comporto		
Muestro lo que siento cuando discuto con otras personas		
Actúo dejándome llevar por las emociones y no por la razón		
Hago las cosas dejándome llevar por mis emociones		
Actúo guiado(a) por lo que razono		
Actúo usando la razón y no me dejo llevar por mis impulsos		
Le hago caso a mis sentimientos		
Cuando estoy triste disimulo mi tristeza		
Cuando estoy triste intento disimular que estoy triste		
Cuando estoy molesto(a) disimulo mi molestia		
Cuando estoy preocupado disimulo mi preocupación		
Cuando estoy bravo(a) intento disimular poniendo buena cara		
Cuando estoy molesto(a) me da igual que los demás se den cuenta y se forme un problema		
Me parece que expresar la tristeza es una debilidad		
Estoy dispuesto(a) a renunciar a cosas por contentar a las personas que me importan		
Estoy dispuesto(a) a sacrificarme por las personas que me importan para llevarme bien con ellas		
Estoy dispuesto(a) a no discutir por las personas que quiero		

Soy comprensivo(a) incluso con la gente que me cae mal		
Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y trato de comprender por qué ha hecho eso		
Intento entender a los demás aunque me caigan mal		
Puedo comprender a las personas que hacen cosas que van en contra de mis intereses		
Justifico a los demás aunque hagan cosas en contra de mis intereses o en mi contra		
Me resulta imposible comprender y tratar justamente a alguien que me ha herido		